

**Consulta de Enfermagem Pré-operatória em Cirurgia de Ambulatório: importância
para a satisfação do utente**

Susana Cristina Ruivo Ló Silva Nº 40747

Relatório Final de Estágio Profissional apresentado à Escola Superior de Saúde do
Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem
Médico-Cirúrgica

Orientação Científica: Professora Doutora Matilde Delmina da Silva Martins

Bragança, dezembro de 2022

Ló, Susana. (2022). Consulta de Enfermagem Pré-operatória em Cirurgia de Ambulatório: importância para a satisfação do utente. Relatório Final de Estágio. Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Bragança. Bragança.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, irmãos, marido e filhos que me incentivaram em muitos momentos e compreenderam a minha ausência enquanto me dedicava à realização deste trabalho.

À Exma. Sra. Professora Doutora Matilde Martins, por ter sido minha orientadora e ter desempenhado tal função com dedicação e amizade, muito obrigada pela motivação, inúmeras correções, e ensinamentos que me permitiram apresentar um melhor desempenho no meu processo de formação profissional ao longo deste Mestrado, obrigada pelos conselhos, pela ajuda e paciência com a qual conduziu este trabalho.

À Escola Superior de Saúde de Bragança do Instituto Politécnico de Bragança, na pessoa da Digníssima Senhora Presidente pela possibilidade de frequentar o Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica e pelos recursos que contempla e me foram disponibilizados.

Aos colegas enfermeiros da minha turma e profissionais de saúde nos campos de estágio com quem convivi e estudei ao longo deste curso de mestrado, que me incentivaram e que certamente não esquecerei a troca de experiências que me permitiram crescer não só como pessoa, mas também como profissional.

Obrigada por todo o apoio aos colegas do Bloco Operatório de Cirurgia de Ambulatório pela compreensão das minhas ausências nos tempos de muita luta que só nós sabemos e que outros insistem em fechar os olhos...

Aos bons amigos, que sempre estiveram ao meu lado, pela amizade incondicional e pelo apoio demonstrado ao longo de todo o período de tempo em que me dediquei a este trabalho.

A todos aqueles que contribuíram, direta ou indiretamente no desenvolvimento deste trabalho de pesquisa, enriquecendo o meu saber e todo o processo de investigação.

RESUMO

Introdução: A cirurgia de ambulatório em Portugal intensificou-se desde 2007 e têm-se repercutido em maior satisfação dos utentes, na diminuição do tempo de internamento e na diminuição do risco de infeções adquiridas em cuidados de saúde. Demonstrando assim, várias vantagens para o utente, como a desdramatização do ato operatório, o menor afastamento da vida familiar, a personalização da admissão e a mais rápida reinserção familiar e profissional.

Objetivo geral: analisar a relação entre a consulta de enfermagem pré-operatória com a informação, as expectativas e a satisfação dos utentes numa unidade de cirurgia de ambulatório de uma unidade local de saúde do norte de Portugal.

Metodologia: estudo transversal analítico, realizado em 140 utentes, que foram submetidos a cirurgia de ambulatório e preencheram na totalidade o inquérito de satisfação, 20 por cada umas das 7 especialidades, no período de 25 de novembro de 2019 e 13 de março de 2020. Os dados foram transpostos para grelha de registos. O estudo obteve favorável da comissão de ética.

Resultados: tiveram consulta de enfermagem 14,3% dos utentes, da especialidade de cirurgia geral, 66,4% concorda que teve informação necessária para a cirurgia proposta, 65,7% concorda ligeiramente que a experiência cirúrgica esteve dentro das expectativas, 76,4% está completamente satisfeita relativamente à sua experiência cirúrgica. A consulta de enfermagem associou-se, significativamente, com informação necessária para a cirurgia proposta, com as expectativas cirúrgicas do utente e satisfação do utente relativamente à experiência cirúrgica ($p < 0,05$).

Conclusão: concluímos que os utentes que tiveram consulta pré-operatória de enfermagem, obtêm mais informação para a cirurgia proposta, melhoram as expectativas e a satisfação relativamente à experiência cirúrgica são mais elevadas. Sugerimos que seja implementada a consulta de enfermagem a todos os utentes intervencionados e a realização de outros estudos capazes de permitir generalizações.

Palavras chave: Consulta de enfermagem, cuidados pré-operatórios, Cirurgia, Ambulatório.

ABSTRACT

Introduction: Outpatient surgery in Portugal has intensified since 2007 and has resulted in greater user satisfaction, reduced hospital stay and reduced risk of infections acquired in healthcare. Thus demonstrating several advantages for the user, such as the reduction of dramatization of the operative act, less separation from family life, personalization of admission and faster family and professional reintegration.

General objective: to analyze the relationship between the preoperative nursing consultation and the information, expectations and satisfaction of users in an outpatient surgery unit of a local health unit in the north of Portugal.

Methodology: analytical cross-sectional study, carried out on 140 users, who underwent outpatient surgery and fully completed the satisfaction survey, 20 for each of the 7 specialties, between November 25, 2019 and March 13, 2020. The data was transposed to the grid of records. The study received a favorable opinion from the ethics committee.

Results: 14.3% of the users had a nursing consultation, from the general surgery specialty, 66.4% agreed that they had the necessary information for the proposed surgery, 65.7% slightly agree that the surgical experience was within expectations, 76, 4% are completely satisfied with their surgical experience. The nursing consultation was significantly associated with the information needed for the proposed surgery, with the patient's surgical expectations and the patient's satisfaction with the surgical experience ($p < 0.05$).

Conclusion: we concluded that users, who had a preoperative nursing consultation, obtain more information for the proposed surgery, improve expectations and satisfaction with the surgical experience are higher. We suggest the implementation of the nursing consultation for all users involved and that other studies be carried out capable of allowing generalizations.

Keywords: Nursing consultation, preoperative care, Surgery, Outpatient clinic.

ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

EMC - Enfermagem Médico-Cirúrgica

IPB - Instituto Politécnico de Bragança

OE - Ordem dos Enfermeiros

SNS - Sistema Nacional de Saúde

ULSNE - Unidade Local de Saúde do Nordeste

DR - Diário da República

DGS - Direção Geral de Saúde

CA - Cirurgia de Ambulatório

ASA - *American Society of Anesthesiology*

ULS – Unidade Local de Saúde

BO - Bloco Operatório

AESOP - Associação dos Enfermeiros de Salas de Operações Portugueses

UCA - Unidade de Cirurgia de Ambulatório

UCPA - Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

CNADCA - Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório

APCA - Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório

ORL - Otorrinolaringologia

SPSS - *Statistical Package for the Social Science*

IRD - Instrumento de Recolha de Dados

EPE - Entidade Pública Empresarial

IAAS - *International Association for Ambulatory Surgery*

ACSS - Administração Central dos Serviços de Saúde

χ^2 - *Qui-quadrado*

gl - graus de liberdade

p - p value

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	8
CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	13
1. Cirurgia de Ambulatório	14
2. Consulta de Enfermagem pré-operatória em Cirurgia de Ambulatório	20
3. Caracterização do Serviço de Cirurgia de Ambulatório onde decorreu o estudo	28
CAPÍTULO II – ESTUDO EMPÍRICO	32
1. Metodologia	33
1.1. Tipo de Estudo	33
1.2. População e Amostra	33
1.3. Instrumento de Recolha de Dados	34
1.4. Procedimentos Éticos e de Recolha de Dados	36
1.5. Procedimentos Estatísticos	36
2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	37
3. DISCUSSÃO	44
CONCLUSÃO	49
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
ANEXOS	54
Anexo I - Pedido de Autorização para Recolha de Dados ULSNE	55
Anexo II - Autorização da comissão de ética da ULSNE para Recolha de Dados	57
Anexo III - Inquérito de Satisfação pós cirurgia em regime de Ambulatório	59
Anexo IV - Guião da Consulta de Enfermagem de Cirurgia de Ambulatório da ULSNE (Unidade de Mirandela)	61
Anexo V - Relatório de Estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança)	64
Anexo VI – Comprovativo de Submissão do Artigo Científico	97

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Instrumento de recolha de dados.....	35
Tabela 2 - Análise descritiva das variáveis em estudo.....	38
Tabela 3 - Distribuição dos participantes por grau de satisfação relativamente à experiência cirúrgica e tempo de espera para o dia da cirurgia.....	39
Tabela 4 - Distribuição dos participantes por existência de consulta pré-operatória de enfermagem de CA e informação necessária para a cirurgia proposta.....	40
Tabela 5 - Distribuição dos participantes por tempo de espera no dia da cirurgia e satisfação do utente.....	41
Tabela 6 - Distribuição dos participantes por existência de consulta pré-operatória de enfermagem e expectativas cirúrgicas do utente.....	42
Tabela 7 - Distribuição dos participantes por existência de consulta pré-operatória de enfermagem e satisfação do utente relativamente à experiência cirúrgica.....	43

INTRODUÇÃO

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2018), os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, devem ser qualificados e prestados de forma contínua, dando resposta às necessidades afetadas, tendo como objetivo a manutenção das funções básicas de vida, a prevenção das complicações e a diminuição das incapacidades, com a finalidade da recuperação total da pessoa. Neste sentido, a abordagem da pessoa em situação crítica exige competências específicas de enfermagem, sendo o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, o profissional que munido de um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza na sua prática, se encontra melhor habilitado para melhorar as condições de assistência, para favorecer o processo de recuperação da pessoa, promovendo a sua autonomia logo que possível, para proporcionar ganhos em saúde e gerir, de forma eficiente, os recursos (OE, 2018).

A intervenção do enfermeiro especialista na área de enfermagem à pessoa em situação peri operatória desenvolve -se em cinco áreas de atuação complementares entre si: consulta peri operatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós anestésicos. Este período comporta as fases pré, intra e pós -operatório: A fase pré -operatória tem início quando a pessoa e o cirurgião decidem pela cirurgia e termina quando a pessoa é transferida para a mesa operatória; A fase intraoperatória inicia aquando a transferência da pessoa, para a mesa operatória e termina quando esta é transferida para a Unidade de Cuidados Pós Anestésicos (UCPA); A fase pós -operatória, tem início quando a pessoa dá entrada na UCPA e termina quando se considera que a pessoa está recuperada do processo cirúrgico/anestésico, (Diário da República (DR), 2.ª série - N.º 135 - 16 de julho de 2018).

O desenvolvimento das Ciências de Enfermagem enquanto disciplina e profissão tem contribuído para o aumento significativo da produção de conhecimento, sendo este, perspetivado como ferramenta essencial no suprir das necessidades verificadas na prática clínica (Chicória, 2013).

Segundo o Conselho Internacional de Enfermeiros a Prática Baseada em Evidência consiste num

“método de resolução de problemas no âmbito da decisão clínica que incorpora uma pesquisa da melhor e mais recente evidência, experiência e avaliação clínica, bem como as preferências do utente no contexto do cuidar”. Conceito, que incorpora a habilidade clínica do enfermeiro, isto é, a capacidade para utilizar conhecimentos clínicos e experiências prévias na identificação do estado de saúde e diagnóstico, mas também, os riscos individuais e os benefícios possíveis das intervenções propostas. Por outro lado, inclui, ainda, a preferência do utente, ou seja, a integração dos seus valores, expectativas e preocupações no cuidado e nas decisões clínicas” (2012).

Atualmente e de acordo com o Regulamento n.º 361/2015 sobre os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, o enfermeiro especialista foca a sua atenção na procura permanente da excelência no exercício profissional e, por isso, atenta: em atingir elevados níveis de satisfação da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica; em promover a saúde da pessoa; em prevenir complicações para a saúde; em maximizar o bem-estar e suplementar/complementar as atividades de vida relativamente às quais a pessoa é dependente; em desenvolver em conjunto com a pessoa processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde; em assegurar/garantir a máxima eficácia na organização de cuidados de enfermagem especializados; e em maximizar a intervenção na prevenção e controlo de infeções associadas aos cuidados (ANEXO V).

É importante realçar que a quantidade de nova informação disponível por minuto, no âmbito da saúde, tem determinado a necessidade do desenvolvimento de processos agregadores da informação de forma sistemática, permitindo que os resultados de pesquisas sejam organizados, categorizados, avaliados e sintetizados, segundo operações e métodos específicos (OE,2021).

De encontro com as diretrizes da Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório (CNADCA, 2008) e o publicado em 2019, no DR, Artigo 10.º- B na alínea k): “Promover o desenvolvimento da investigação e inovação em enfermagem, envolvendo a equipa na utilização dos resultados para a melhoria da qualidade dos cuidados e criação de valor”.

Na Portaria nº306-A/2011 do Ministério da Saúde e das Finanças e Saúde, artigo 2.º, alínea g) a consulta de enfermagem é definida como uma intervenção que visa a concretização de uma avaliação, seguida de planeamento de cuidados de enfermagem, permitindo ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de autocuidado.

Segundo Gonçalves (2016), relativamente à informação pré-operatória, os enfermeiros devem investir no fortalecimento da informação acerca dos cuidados de enfermagem que prestam ao longo do período peri operatório. Tratando-se de uma área autónoma da profissão, enfatiza-se a relevância da informação/educação na prestação de cuidados de qualidade e ganhos em saúde.

Presentemente com vinte e quatro anos de experiência profissional, oito dos quais em exercício de funções de enfermagem numa Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA), cedo me apercebi que havia utentes e familiares bem esclarecidos e informados e outros que demonstravam dúvidas, receios, desconhecimento e desinformação à cerca do pré-cirúrgico, intraoperatório e pós-cirúrgico. De fato, nesta unidade, onde decorreu o estudo, de entre as sete especialidades que operam, apenas os utentes de cirurgia geral têm acesso à consulta pré-operatória de enfermagem de cirurgia de ambulatório (CA). A exigência da nossa sociedade para com a qualidade dos serviços de saúde, evidencia importância da prestação de cuidados de enfermagem face às necessidades e expectativas do utente para obter a melhor satisfação possível (Melgo, 2015).

Considerando o elevado risco associado aos cuidados peri operatórios, particularmente da ocorrência de eventos adversos decorrente da vulnerabilidade da pessoa, dos procedimentos realizados e da complexidade do ambiente e dos recursos, o enfermeiro especialista na área de enfermagem à pessoa em situação peri operatória mobiliza conhecimentos e habilidades que garantam a segurança da pessoa, profissionais e ambiente, agindo de acordo com a ética profissional (DR, 2.ª série - N.º 135 - 16 de julho de 2018).

Perante uma experiência cirúrgica, por mais simples que seja, a pessoa é sempre confrontada com dúvidas, medos e ansiedade, o que a coloca, na maioria das vezes, numa situação de vulnerabilidade e insegurança. Ao vivenciar um processo de saúde/doença e que necessite de um procedimento invasivo/cirúrgico/anestésico, a pessoa vê o seu quotidiano ser alterado, pelo que necessita de profissionais de enfermagem competentes e reconhecidos, aptos a avaliar a necessidade dos cuidados, executá-los, prevenir complicações, promover a segurança, o controlo da infeção e o conforto do utente (Vitorino, 2016).

As particularidades inerentes a este ambiente cirúrgico, destacam-se pelo facto de o utente ao ser admitido na UCA, ser operado e ter alta clínica no mesmo dia, após o

preenchimento de um Inquérito de Satisfação em CA, que lhe é fornecido pelo elemento de enfermagem responsável pela alta, e que, neste contexto, confere à atividade de enfermagem na CA aspetos muito específicos que condicionam, por isso, uma necessidade de exclusividade e dedicação profissional (Tavares, 2013).

Será recomendável, por isso, que a equipa de enfermagem de uma UCA esteja dedicada a tempo inteiro, porquanto o sucesso, face à complexidade subjacente à organização e funcionamento da UCA, depende fundamentalmente de uma equipa de enfermagem devidamente capacitada e sobretudo muito habituada aos procedimentos diários, para que saiba cumprir com rigor e competência a assistência aos utentes (Dias, 2014).

Deste modo, o presente estudo sobre a relação entre a consulta de enfermagem pré-operatória com a informação, as expectativas e a satisfação dos utentes numa unidade de cirurgia de ambulatório de uma unidade local de saúde do Norte de Portugal,

Como objetivos específicos:

- analisar a associação entre a consulta pré-operatória de enfermagem de cirurgia de ambulatório com a informação necessária, dada ao utente para a cirurgia proposta;
- analisar a relação entre a consulta pré-operatória de enfermagem de cirurgia de ambulatório e as expectativas dos utentes relativamente à sua experiência cirúrgica;
- analisar relação entre a consulta pré-operatória de enfermagem de cirurgia de ambulatório com a satisfação dos utentes relativamente à sua experiência cirúrgica.

Relativamente à organização e estrutura do trabalho, este está dividido em duas partes distintas; a primeira parte designada de enquadramento teórico, com abordagem a conceitos inerentes ao tema do estudo, como: a Cirurgia de Ambulatório; evolução histórica, vantagens, modelos organizacionais, a prática da enfermagem em contexto de CA, a sua importância peri operatória na informação para a cirurgia proposta, análise da importância, desafios e oportunidades do enfermeiro na consulta pré operatória de enfermagem; as especificidades do doente cirúrgico com abordagem à importância do enfermeiro nesse processo; a qualidade e a melhoria contínua da mesma na saúde e a satisfação e ainda uma breve caracterização do serviço de CA onde foi realizado o estudo. A segunda parte, designada por estudo empírico, inicia e compreende a metodologia utilizada ao longo de toda a investigação, a apresentação dos dados

obtidos com análise dos mesmos, a discussão dos resultados obtidos, e por último é elaborada a conclusão com sentido crítico construtivo.

CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo pretendemos descrever o desenvolvimento do trabalho, uma vez que o processo de investigação necessita de ser convenientemente planeado de modo a possibilitar uma base científica que assegure a credibilidade.

Neste primeiro capítulo, serão abordados alguns conceitos fundamentais e estruturantes à temática em causa. Terá como finalidade orientar a abordagem do problema e sustentar a análise e discussão dos resultados. Realizada a revisão da literatura, que é transversal a todas as fases da conceptualização da investigação, torna-se indispensável a realização de um quadro de referência.

1. Cirurgia de Ambulatório

A CA definida

“como uma intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, regional ou local, que, pode e deve ser realizada em instalações próprias, com segurança e de acordo com as atuais *legis artis*, em regime de admissão e alta no período máximo de vinte e quatro horas” (Ministério da Saúde, 2007).

Por outras palavras podemos definir CA como a realização de cirurgias programadas, em que o utente se dirige ao hospital no próprio dia da cirurgia e têm alta passadas algumas horas, sem haver a necessidade de pernoitar no hospital. Nos casos de CA em que o utente necessite permanecer a primeira noite no hospital, tendo alta vinte e quatro horas após a cirurgia designa-se cirurgia ambulatória com pernoita hospitalar (Sistema Nacional de Saúde [SNS], 2021).

O facto de o utente permanecer apenas algumas horas não significa que este possa continuar a sua atividade laboral normalmente, apenas que não necessita de cuidados continuados de internamento, fazendo assim a sua recuperação no seu domicílio, junto da sua família (Centro Hospitalar Universitário do Porto, 2020). De acordo com o Despacho n.º 1380/2018, publicado em Diário da República, a 8 de fevereiro, a CA representa um importante instrumento para o aumento da efetividade, da qualidade dos cuidados e da eficiência na organização hospitalar, com múltiplas vantagens associadas, reconhecidas internacionalmente. Além do impacto positivo para o utente, que, em menos de 24 horas, é intervencionado de forma programada, podendo recuperar num ambiente familiar, possibilita uma organização da estrutura hospitalar no sentido de dedicar o internamento às situações mais complexas, racionalizando a

despesa em saúde com uma correta reorientação dos custos hospitalares (DR, 2.ª série N.º 28 - 8 de fevereiro de 2018).

A CA começa a ser desenvolvida no início do século XX, pelo cirurgião pediátrico James Nicoll, mas só a partir da década de setenta, com um desenvolvimento das técnicas cirúrgicas e com o aparecimento de novos fármacos, é que foi possível ampliar o uso deste modelo cirúrgico (Lemos, 2009). A partir desta altura tem tido um forte crescimento em termos internacionais. Em Portugal, a prática deste regime cirúrgico remonta ao início da década de noventa, intensificado o desenvolvimento desde 2007, constituindo-se assim como um exemplo de referência, com a sua expansão sustentada (SNS, 2021). Se, no início do século, as cirurgias realizadas em regime de ambulatório representavam pouco mais de 10% do total de cirurgias, relativas a procedimentos com indicação internacional, atualmente, cerca de 80% destas cirurgias são realizadas nesta modalidade, o seu desenvolvimento tem sido de facto exponencial (DR, 2.ª série N.º 28 - 8 de fevereiro de 2018).

A CA tem como objetivo a maior satisfação dos utentes, a diminuição do tempo de internamento e a diminuição do risco de infeções adquiridas em cuidados de saúde, reduzindo as listas de espera e as despesas hospitalares, contribuindo para o aumento da disponibilização de camas para utentes com patologias que exigem o seu internamento (CNADCA, 2008). Deste modo, várias são as vantagens para o utente, destacando-se como as mais relevantes a desdramatização do ato operatório, o menor afastamento da vida familiar, a personalização da admissão e a mais rápida reinserção familiar e profissional (Ribeiro, 2014).

Mota (2016), no seu estudo, evidencia que 98,4% dos utentes intervencionados em regime de ambulatório nas instituições de saúde, do SNS, não apresentam uma readmissão hospitalar até ao 30º dia do pós-operatório, por qualquer causa. Desta forma, sendo uma abordagem mais custo-efetiva face ao regime de internamento, com uma baixa taxa de readmissão e diagnóstico principal, será importante continuar a apostar no desenvolvimento e extensão deste regime cirúrgico às diversas áreas existentes nos hospitais do SNS (Mota, 2016).

No início do século XX, o cirurgião pediátrico, James Nicoll, publica um artigo científico no *British Medical Journal*, em 1909, onde relata a evolução cirúrgica de nove mil crianças, salientando que a recuperação destas crianças apresentava resultados

igualmente satisfatórios às das cirurgias com internamento hospitalar (Santos, et al, 2008). Apenas nas décadas de sessenta e setenta é que este modelo cirúrgico sofreu uma enorme expansão, principalmente na América do Norte e em alguns países da Europa. (Santos et al, 2008). Em 1995, é criada a *International Association for Ambulatory Surgery* (IAAS), com o propósito principal de promover o desenvolvimento da qualidade deste modelo cirúrgico (IAAS, 2013).

Em Portugal, só a partir da década de noventa é que começa a haver a prática deste modelo cirúrgico, com o surgimento das primeiras UCA (SNS, 2021). Em 1998 é criada a Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória (APCA), com o objetivo principal de promover e dar apoio formativo sobre a CA (SNS, 2021). O crescimento da CA em Portugal nos últimos anos deveu-se, em parte, às orientações emanadas pela Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de ambulatório (CNDCA), nomeada através do Despacho n.º 25832/2007, de 19 de outubro, com o objetivo de estudar e propor uma estratégia e correspondentes medidas, para o desenvolvimento da CA no SNS. A CNDCA, com uma composição transversal a vários organismos do Ministério da Saúde e com caráter multidisciplinar, tendo sido responsável pela elaboração do *Relatório Cirurgia de Ambulatório um Modelo de Qualidade Centrado no Utente*, de outubro de 2008. Além da caracterização pormenorizada da realidade portuguesa, a possibilidade que este relatório forneceu ao Ministério da Saúde e aos seus organismos para seguir e implementar muita das medidas ali indicadas permitiu, de facto, um forte crescimento da CA em Portugal (Ministério da Saúde, 2018).

Ao longo dos últimos anos em Portugal, assistimos a um crescimento da produção cirúrgica em ambulatório, representando este regime cirúrgico, atualmente, um maior peso face ao regime cirúrgico de internamento programado. Esta evolução positiva só se tornou possível devido ao desenvolvimento tecnológico, progressos nas técnicas cirúrgicas, nomeadamente na cirurgia minimamente invasiva, e nas técnicas anestésicas, bem como, mudanças na cultura e literacia em saúde dos utentes (Mota, 2016). Em 2005, o Programa do XVII Governo Constitucional salienta a “importância de incentivar o desenvolvimento da CA como instrumento para o aumento da efetividade, da qualidade dos cuidados e da eficiência na organização hospitalar”.

A CA é um modelo organizativo que possibilita que determinados procedimentos habitualmente efetuados em internamento, passem a ser realizados em ambulatório

com elevados padrões de qualidade e segurança, com admissão e alta do utente para o domicílio poucas horas após a intervenção. O percurso do utente dentro da instituição de saúde contempla a sua admissão; a prestação de cuidados pré-operatórios; anestesia e cirurgia; cuidados pós-operatórios e pós-anestésicos e, por fim, a alta e saída da instituição com destino para o domicílio (Mota, 2016). De facto, é verdade que a CA pode aumentar a eficiência hospitalar, comparativamente com a cirurgia em regime de internamento hospitalar, mas, para que tal aconteça, é necessário um correto planeamento das Unidades de Cirurgia de Ambulatório (UCA). De acordo com a CNDCA, o tempo dedicado ao planeamento da UCA irá ser, no futuro, tempo ganho a nível de desenvolvimento da qualidade de tratamento dos utentes e de prestações de cuidados mais eficientes, com uma diminuição dos tempos de espera e uma maior eficiência dos profissionais de saúde (Resolução do Conselho de Ministros n.º 159 – A/2008). Deverá haver uma separação clara entre as estruturas de CA e as de cirurgia convencional, sendo essa separação crucial para a organização da prática da CA (CNDCA, 2008). Existem hoje em dia três modelos estruturais e funcionais de unidades de cirurgia de ambulatório:

- **Os centros autónomos**, são concebidos e organizados exclusivamente para a realização destas cirurgias, pressupõe a existência de um hospital de retaguarda para acolher casos que necessitem de internamento cirúrgico para maior vigilância por alguma complicação. Este modelo de UCA é o que oferece melhores resultados a nível de eficiência, com maior produtividade em relação à qualidade de tratamento. Existir uma sala de espera para doente e acompanhantes e instalações de pernoita apenas para doente são critérios esperados para a UCA (CNDCA, 2008).
- **Os centros adjacentes ao hospital**, como os centros anteriores são concebidos apenas para a CA, mas encontram-se no espaço físico do hospital.
- **O centro misto** pressupõe a realização de cirurgia de ambulatório e convencional, estes centros pressupõe um aproveitamento do espaço existente e dos recursos humanos. É necessário, neste modelo, uma programação dos blocos operatórios, de modo a permitir haver espaços de tempo exclusivamente dedicados à CA, sendo este apontado no Despacho n.º 30114/2008 como um critério obrigatório para o funcionamento da unidade. Esta programação irá aumentar a qualidade dos cuidados prestados como também a eficiência dos serviços (CNDCA, 2008). Apesar de apresentar

custos iniciais mais baixos, este modelo é visto pela direção geral de saúde como desvantajoso, pois a acessibilidade pode ser dificultada, dada a prioridade ao internamento, o *staff* pode não estar tão preparado e os critérios de alta mal definidos, sendo que o mais vantajoso é que a CA funcione numa unidade própria, com estrutura física e recursos técnicos e humanos próprios (Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses [AESOP], 2012).

Uma das conclusões que a CNDCA chegou sobre a CA foi a do potencial que este modelo cirúrgico apresenta. É nos dito pela CNDCA que este modelo cirúrgico é dos únicos que todos os elementos recolhem benefícios: “o utente (qualidade, acessibilidade, humanização), o profissional (satisfação) e o estado (custos)” (2008). Assim sendo, a sua prática deverá ser mais incentivada, sendo capaz de solucionar muitos dos problemas que o SNS apresenta (CNDCA, 2008). São claras as vantagens que o regime CA apresenta a vários níveis: económico, organizacional e social. O seu modelo organizativo permite uma abordagem mais custo-efetiva, com garantia de qualidade e segurança nas intervenções cirúrgicas, possibilitando um maior envolvimento dos utentes e familiares, com uma maior humanização dos cuidados. Todos estes fatores permitem uma crescente transferência da cirurgia convencional para o ambulatório, importante para a garantia da sustentabilidade do SNS (Mota, 2016). O crescimento mundial da CA está associado a um conjunto significativo de vantagens, das quais salientamos:

- **Clínicas** – baixa incidência de complicações, quer sejam decorrentes do ambiente em que os utentes se encontram, como menor possibilidade de contraírem infeções de origem hospitalar, por menor contacto com outros doentes que possam ser portadores de infeções graves, quer sejam resultantes da própria operação, como a recuperação mais rápida dos utentes que evita que estes fiquem tempos prolongados retidos no seu leito, reduzindo a incidência de complicações cardiovasculares, respiratórias, gastrointestinais, etc.) (AESOP,2012); é de notar também que a dor pós-operatória é mais reduzida nos utentes que fizeram este tipo de cirurgia; o risco de tromboembolismo é mais diminuto que na de cirurgia convencional (Despacho n.º 1380, 2018).

- **Organizativas** – melhoria do acesso dos utentes à cirurgia, através da redução das listas de espera cirúrgica, sobretudo quando o programa se desenvolve em UCA especialmente desenhadas para esse fim, facilitando o processo de agendamento e

permitindo o aumento significativo da eficiência hospitalar relativamente à cirurgia de internamento (AESOP, 2012);

- **Sociais** – permite uma recuperação pós-operatória mais rápida dos doentes com início mais precoce das suas atividades diárias, da vida familiar e da atividade profissional, em comparação com os doentes que ficam internados e uma menor alteração da vida quotidiana dos doentes em virtude de reduzir o tempo de afastamento destes do seu ambiente familiar e social (AESOP, 2012). O doente sente menos níveis de ansiedade e stress, ao ser utilizado esse método cirúrgico em vez do convencional (CNDCA, 2008);

- **Económicas** – permite uma forte racionalização da despesa em saúde com uma correta reorientação dos custos hospitalares, em especial quando em presença de elevados índices de substituição da cirurgia convencional, dita de internamento, pela CA (AESOP, 2012).

Os tempos de espera elevados podem influenciar negativamente a satisfação do utente, sendo importante dar uma justificação sobre as razões que podem estar a causar estes atrasos de forma a minimizar o sentimento de inquietação do utente e dos seus acompanhantes e evitar que estes se sintam insatisfeitos (Tavares, 2014). Desde a sua constituição, a CNADCA tinha como meta principal o aumento da taxa de ambulatório na cirurgia programada, mas desde que tal se acompanhasse de um rigoroso processo de implementação de um Sistema de Gestão da Qualidade e da avaliação de indicadores clínicos adequados. Nesse sentido, são propostos indicadores que se pretende que sejam extraídos de forma automática, comparáveis, disponíveis para consulta online, de forma a que todas as Instituições, profissionais e utentes possam facilmente conhecer e verificar a evolução de cada UCA ao longo do tempo. A CNADCA também sugere a elaboração de um Manual da Qualidade, Inquéritos de Satisfação e, em articulação com o Instituto Português da Qualidade, a criação de uma Norma específica para a Certificação das UCA. Com a CA consegue-se organizar os internamentos hospitalares para as situações mais complexas e que exigem um maior nível de cuidados (CNDCA, 2008).

2. Consulta de Enfermagem pré-operatória em Cirurgia de Ambulatório

Uma grande parte dos utentes manifesta diversos níveis de ansiedade quando são submetidos a uma intervenção cirúrgica, um acontecimento crítico na vida da pessoa. Torna-se fundamental desenvolver conhecimento nesta área que é caracterizada por uma elevada subjetividade, de modo a auxiliar os enfermeiros a definir modos de atuação baseados na evidência científica (Gonçalves, 2016).

Por consulta de enfermagem entende-se uma “intervenção visando a realização de uma avaliação, ou estabelecimento de plano de cuidados de enfermagem, no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de autocuidado” (Portaria n.º 306-A, 2011). Também a OE apresenta uma definição de consulta de enfermagem, como

“(…) uma atividade autónoma com base em metodologia científica, que permite ao enfermeiro formular um diagnóstico de enfermagem baseado na identificação dos problemas de saúde em geral e de enfermagem em particular, elaborar e realizar planos de cuidados de acordo com o grau de dependência dos utentes em termos de enfermagem, bem como a avaliação dos cuidados prestados e respetiva reformulação das intervenções de enfermagem” (OE, 2013, p.1).

Assim, esta consulta representa um momento de avaliação da condição de saúde/doença da pessoa proposto para cirurgia, conseguindo haver, posteriormente pela parte da equipa de saúde, uma estruturação de um plano de cuidados individual (Sousa et al, 2018). Além de conseguir minimizar níveis de ansiedade, a consulta pré-operatória serve também para orientar a pessoa e esclarecer possíveis dúvidas que este tenha e, também importante, serve como momento de recolha de informação acerca do estado geral de saúde da pessoa, o que permite, por sua vez, identificar alguns fatores de risco (Moreira et al, 2016). Num estudo realizado na Finlândia, os utentes demonstraram-se mais satisfeitos ao receberem informação dos enfermeiros no período pré-operatório, referindo que se sentiam mais familiarizados com o procedimento cirúrgico, sintomas e os tratamentos que iriam ter que receber após a sua alta (Gröndahl et al., 2019). Um outro estudo, realizado em 2016, demonstra os benefícios tanto físicos e psicológicos que a intervenção pré-operatória tem no sentido de autocuidado do doente. A educação pré-operatória incentiva os utentes a terem o papel principal na sua recuperação, conseguindo assim resultados positivos a longo prazo (Cooke et al., 2016).

Os autores Gonçalves et al. (2017), no seu estudo sobre a influência da informação transmitida pelos enfermeiros na ansiedade pré-operatória, sugerem um maior investimento na preparação pré-operatória dos doentes, inclusive no que diz respeito às necessidades psicológicas e informativas, dando maior ênfase às intervenções autónomas dos enfermeiros. Assim, defendem que deve ser adotada uma intervenção estruturada, exequível, objetiva e individualizada e, dentro das várias sugestões que apresentam, sugerem a criação de uma consulta de enfermagem no período pré-operatório imediato, para que o utente possa ser informado.

A consulta de enfermagem pré-operatória traz vantagens também para os serviços de cirurgia, pois ao ser transmitida informação antes da cirurgia, consegue-se ganhar benefícios a nível de tempo gasto, custos associados aos cuidados ao doente, fazendo ainda com que este recupere mais rapidamente e também diminuindo as complicações pós-operatórias (Luna, 2014).

A consulta de enfermagem no pré-operatório visa:

- Avaliar as necessidades físicas e psicológicas do utente (AESOP, 2012);
- Identificar fatores de risco (Breda & Cerejo, 2021);
- Elaboração e prática de um plano de cuidados de enfermagem individualizado (Association of Perioperative Registered Nurses [AORN], 2005);
- Relatar procedimentos anestésico-cirúrgicos (AESOP, 2012);
- Envolver a família ou pessoa significativa no plano de cuidados (AESOP, 2012);
- Entregar documentação importante para orientação do utente (AESOP, 2012);
- Realizar ensinamentos pré e pós-operatórios (AESOP, 2012);
- Entender os receios e dúvidas que o utente e o seu núcleo de apoio possam ter em relação à cirurgia e tratamentos (Rocha & Ivo, 2015).

A consulta de enfermagem pré-operatória representa assim uma forma de minimizar os níveis de ansiedade e promover conforto, tanto ao doente como ao seu núcleo de apoio principal, sendo que a diminuição da ansiedade é o objetivo principal do enfermeiro na fase pré-operatória (ASCARI et al, 2013).

A informação disponibilizada ao utente em todo o percurso cirúrgico, carece de uma orientação relativa às competências dos agentes de comunicação possibilitando assim uma informação interdependente, complementar e não redundante. Um acompanhamento de excelência na consulta, requer meios auxiliares de informação

(por exemplo, panfleto informativo ou vídeo), apropriados e de qualidade, sendo estes uma estratégia de ensino na consulta de enfermagem presencial, permitindo uma melhor gestão do tempo dos profissionais. Há informações obrigatórias a transmitir aos utentes na consulta de enfermagem, as quais devem ser registadas de forma rigorosa no processo clínico do utente, pois além de constituir um meio de comunicação entre a equipa multidisciplinar, permite a proteção do utente em relação a potenciais riscos, proporcionando um ambiente cirúrgico mais seguro (Cardante, 2020).

O sucesso deste regime cirúrgico depende da imposição de critérios de seleção de utentes, ou seja, nem todas as pessoas podem ser operadas neste regime cirúrgico. Estes critérios de admissibilidade podem ser adaptados de acordo com as características de cada hospital, contudo as recomendações mínimas da Administração Central dos Serviços de Saúde (ACSS, 2017) devem ser cumpridas. Estes critérios são divididos em duas áreas principais, a social e os clínicos.

Os **Critérios Sociais** referem-se à aceitação de ser operado neste regime cirúrgico; ao transporte garantido em veículo automóvel; à área de residência ou local de pernoita a menos de 60 minutos de distância de instituição hospitalar; as condições de adequada habitabilidade do local de pernoita; o acesso fácil a telefone e o assegurar companhia de um adulto responsável pelo menos nas primeiras 24 horas;

Os **Critérios Clínicos** incluem a avaliação do risco anestésico, pela American Society of Anesthesiology (ASA) I ou ASA II; a estabilidade clínica e psíquica; a intervenção que se prevê de curta duração (cerca de 60 minutos) e o desconforto no pós-operatório passível de controlo com medicação por via oral.

A nível dos benefícios para a instituição hospitalar, a consulta de enfermagem tem potencial para influenciar a redução de custos, pela diminuição de disparidades na preparação pré-operatória que podem comprometer a realização da cirurgia. Além disso, influencia a qualidade dos cuidados, garante um aumento da satisfação por parte dos utentes e, por conseguinte, conduz à fidelização aos serviços prestados (Breda & Cerejo, 2021).

Segundo Tavares (2013), no que diz respeito à consulta de enfermagem pré-operatória, para além de permitir a educação pré-operatória em condições desejáveis de atenção e capacidade intelectual, a avaliação do estado psicológico e físico do doente e a redução do número de desistências, proporciona uma oportunidade de exposição de receios e

dúvidas que, quando recebidos com abertura e empatia, potenciam a relação de confiança com os profissionais de saúde repercutindo-se numa maior satisfação, este conjunto de vantagens torna as consultas de enfermagem pré-operatórias num órgão que deverá estar presente nas unidades de cirurgia de ambulatório que desejem cumprir altos padrões de qualidade. A consulta de enfermagem pré-operatória é ainda mais importante no regime cirurgia de ambulatório, pois, como abre espaço ao utente para transmitir as suas dúvidas e receios, o enfermeiro consegue, não só esclarecer essas dúvidas, mas também diminuir a ansiedade tanto do utente como da sua rede de apoio próxima. Existe assim uma influência muito grande na redução de ausências e suspensões de cirurgias, já que, na consulta, foi possível desmistificar perceções de medo e anseios do utente relacionados ao evento cirúrgico (Sampaio et al, 2012). Ao ser realizada uma consulta de enfermagem, no período pré-operatório, o enfermeiro consegue estabelecer uma relação de empática e entajuda não só com o utente, mas com a sua rede de apoio próxima. É nessa fase que os utentes são informados sobre os cuidados a ter, não só no período pré-operatório, como em todo o período intraoperatório e pós-operatório, incluído a sua recuperação após alta. É também uma altura essencial para que o utente consiga dar o seu consentimento informado, após ser facultada toda a informação necessária e esclarecidas todas as dúvidas e receios do utente (AESOP, 2012). De acordo com o manual de boas práticas da UCA do Centro Hospitalar de Lisboa Norte (2017), na consulta de enfermagem são fornecidas todas as explicações adicionais necessárias, nomeadamente sobre o vestuário, objetos/adornos, acompanhantes, acesso e percurso a realizar até à UCA, assim como uma visita guiada a esta Unidade. Esta consulta deve ser efetuada pelos enfermeiros da UCA pois oferece as seguintes vantagens:

- Familiarização do utente com o espaço e pessoal, permitindo a diminuição de ansiedade do doente;
- Colheita de dados dos utentes, permitindo desta maneira, uma maior rapidez e eficácia no dia de admissão;
- Avaliação do utente, em termos de planeamento das necessidades individuais de cuidados de enfermagem no pós-operatório imediato;
- Ensino para o alcance das capacidades máximas de autocuidado no pós-operatório.

A relação de proximidade que se estabelece com o utente, desde a consulta de

enfermagem pré-operatória inicial de preparação, onde é fornecida toda a informação necessária, até ao dispensar dos cuidados, quer no pré, no intra e até ao pós-operatório, o enfermeiro representa o elo de ligação entre o utente e a UCA, desde a fase da admissão até à pós-alta (Gonçalves, 2017). O foco de atenção principal do enfermeiro numa fase inicial da consulta de enfermagem será na preparação tanto física como psicológica do utente para a sua intervenção cirúrgica, providenciando os mecanismos necessários para gerir as suas emoções aquando do momento cirúrgico (Leal, 2006).

A consulta pré-operatória é eficaz na construção da relação enfermeiro-utente, pois permite ao enfermeiro escutar atentamente os problemas e as dúvidas do utente para posteriormente planear intervenções autónomas. A consulta é importante no envolvimento do utente no seu processo de cuidados através da educação pré-operatória e, concomitantemente, na compreensão de toda a informação transmitida, essencial na minimização do risco de complicações pós-operatórias (Breda & Cerejo, 2021). Existem informações que têm que ser obrigatoriamente transmitidas aquando da consulta de enfermagem no período pré-operatório, como informações relativas à situação clínica do utente, o tempo de jejum que o mesmo terá que praticar antes da cirurgia, solicitar a remoção de adornos corporais, ou outras condições que possam interferir negativamente com a anestesia e, por sua vez, com a cirurgia. É importante que essas informações sejam completas e fiquem registadas com o utente, de modo a prevenir a exposição a riscos desnecessários, proporcionando assim um ambiente cirúrgico e uma recuperação mais segura (Tannure & Pinheiro, 2014).

Apesar do reconhecimento, por parte dos profissionais, dos benefícios da consulta pré-operatória de enfermagem, a sua implementação tem sido um verdadeiro desafio, especialmente no que respeita aos cuidados em ambulatório, tornando-se fundamental a procura de estratégias inovadoras e personalizadas que deem resposta às necessidades dos utentes. Neste sentido, uma abordagem personalizada, através da consulta de enfermagem, poderá ser a resposta para aumentar a qualidade dos cuidados de saúde prestados, pois esta ainda não constitui o procedimento implementado em algumas instituições (Machado, 2016). Esta consulta permite, ao enfermeiro, apostar na educação pré-operatória como ferramenta para avaliar, planear e intervir de acordo com a individualidade e as necessidades informativas do utente, reduzindo o impacto emocional gerado pelas alterações consequentes da cirurgia. Este

momento privilegia a transmissão de informações verbais e escritas importantes na prevenção de lacunas aquando da preparação para a cirurgia, bem como na promoção do autocuidado após a mesma (Breda & Cerejo, 2021). Segundo Santos (2012), a preparação pré-operatória deve visar a componente psicológica do utente cirúrgico, através do desenvolvimento de estratégias para minimizar os estados emocionais sentidos, constituindo uma área na qual os enfermeiros devem investir e intervir de forma autónoma, pelo que têm um papel fulcral no desenvolvimento, consolidação, crescimento e implementação de intervenções e mudanças neste domínio do saber.

As expetativas do utente têm uma grande importância na forma como este vai apreciar o processo cirúrgico por que vai passar, o que torna a sua averiguação fundamental. A expetativa do utente depende, se aprofundarmos suficientemente a questão de um ponto de vista conceptual, quase exclusivamente da diferença entre a expetativa e a perceção, pois quando o utente entra numa instituição de saúde para receber um determinado serviço, parte do princípio que vai ser tratado como um indivíduo único, com a sua história passada e circunstâncias de vida respeitadas (Tavares, 2013). Segundo o mesmo autor, o fator que deve ser estudado em contexto de CA pré-operatória é a disponibilidade e a vontade do utente para realizar a cirurgia. Para além de estar apto a nível físico, o doente deve estar apto a nível psicossocial. Em CA, alguns cuidados são transferidos do hospital para casa, nomeadamente alguns sinais importantes de alerta, como vigilância do penso, hemorragia, hipertermia, o que obriga à presença de um adulto responsável e capaz, que interrompa o seu quotidiano para auxiliar o utente. Este suporte inclui prestar apoio em atividades da vida diária, assegurar o cumprimento das instruções pós-operatórias e avaliar o progresso do utente. Ao aceitarem este compromisso, quer o utente, quer o seu cuidador, assumem um papel decisivo no sucesso CA (Tavares, 2013).

A prevenção de complicações pós cirurgia é outro fator que o enfermeiro tem que ter em conta aquando da consulta pré-operatória, pois este aspeto é muito importante até para a segurança do utente durante a cirurgia. A prevenção deve ser iniciada precocemente e atempadamente, quer seja aos cuidados hospitalares que o doente terá que ter, como também aos cuidados que ele irá desenvolver no seu domicílio (OE, 2010). No decorrer da consulta de enfermagem pré-operatória de CA, o utente é informado sobre (Guião da Consulta de Enfermagem pré-operatória de Cirurgia de Ambulatório

(ANEXO IV):

- Patologia / intervenção cirúrgica: descrição simples do que se trata, do que vai acontecer durante a cirurgia, como ficará no final e que complicações podem suceder;
- Percurso a efetuar até à UCA e a partir desta, assim como todo o processo dentro da unidade;
- Informação pré-operatória: acesso à unidade, hora de comparência, documento de identificação pessoal, acompanhante, vestuário indicado, jejum, medicação habitual, exames de MCDT que tenha em sua posse, etc.;
- Informação pós-operatória: alimentação, medicação, repouso, higiene pessoal, penso, exercício físico, etc.;
- Informação de que, se algo não correr conforme esperado, poderá ficar internado na Instituição;
- Sinais / sintomas mais frequentes e como agir: dor; náuseas e vômitos; hemorragia; etc.;
- Informação sobre a terapêutica que lhe será fornecida para o domicílio;
- Contacto telefónico da UCA, da instituição e do serviço de urgência de referência;
- Informação de que será contactado nas primeiras 24h pelo enfermeiro da UCA;
- Informações sobre as consultas pós-operatórias;
- Informação sobre o preenchimento do Inquérito de Satisfação em CA.

A distância entre a residência do utente e a unidade de CA deve também ser apurada, por uma questão de verificar a exequibilidade de um transporte confortável e seguro do doente. Em geral, os doentes têm a ideia de que a CA comporta menos riscos do que a cirurgia em regime de internamento, sendo que podemos inferir que veem esta opção como uma forma de gestão de risco, o que se torna fundamental na preferência do utente pela CA (Mottram, 2012).

Existem alguns desafios que, muitas vezes, os enfermeiros se deparam aquando da consulta de enfermagem pré-operatória. O facto de muitas vezes, não existir uma área específica para os enfermeiros atenderem os utentes com o máximo de privacidade possível dificulta o decurso da consulta pré-operatória. Os ruídos ambientes e as interrupções irão também comprometer o prosseguimento das consultas, levando assim a que possam acontecer dificuldades na concretização de ações educativas (Rios & Vieira, 2012). O tempo que os enfermeiros têm disponível para dirigir a consulta é

outra variável que pode influenciar negativamente o atendimento dos utentes (Rios & Vieira, 2012). O elevado número de utentes a cargo de um único enfermeiro pode ser também um desafio numa consulta de enfermagem pré-operatória, isto é, quantos mais utentes o enfermeiro tenha a seu cargo mais terá que dividir o seu tempo, levando assim a que as consultas de enfermagem sejam mais rápidas, e por consequente, menos proveitosas (Freitas et al, 2008). Os fatores descritos, como o espaço físico onde a consulta acontece ser inadequado, os diálogos interrompidos, orientações por parte dos enfermeiros incompletas, são descritos como fatores dificultadores da consulta de enfermagem. Esses fatores denotaram-se negativos a nível comunicativo pois dificultam a comunicação do utente com o enfermeiro, acontecendo situações como, não ser ouvidas pelos utentes, informações importantes sobre o seu estado de saúde, o utente ter limitado as suas respostas e até a ocorrência de um certo afastamento entre o utente e o enfermeiro (Martins, 2016).

Uma comunicação empática com prestação de informação detalhada, garantida pela equipa médica e de enfermagem, sobre o tipo de cirurgia e os riscos e benefícios associados a esta, pode ter um efeito terapêutico superior ao dos barbitúricos na redução da ansiedade, permitindo uma recuperação facilitada (Soltner et al., 2011).

A performance no bloco operatório (BO) liga diferentes grupos de profissionais que, formando um todo organizado, desenvolvem um processo de cuidados cirúrgicos ao doente. Anestesiologistas, assistentes operacionais, cirurgiões e enfermeiros coexistem na equipa cirúrgica. As normas e atribuições de cada grupo interferem no seu envolvimento e interação enquanto profissionais, nos seus bloqueios e conflitos, na regulação e integração dos indivíduos, e nas expectativas do grupo a que pertencem (Carvalho et al., 2014). Formalmente estruturada, a equipa cirúrgica evolui segundo “objetivos e funções específicas, com todo um processo de planeamento de trabalho, divisão de tarefas e tomada de decisões com vista à resolução dos problemas” (Carvalho, 2014, p. 187). Trata-se de uma ação coordenada e agregada em torno do processo de cuidados ao doente cirúrgico. A performance peri operatória exige equipas cirúrgicas competentes, perceção das dificuldades, sentido de “esforço coletivo, (...) objetivos comuns e responsabilidade partilhada pelos resultados” (Carvalho, 2014, p. 187).

3. Caracterização do Serviço de Cirurgia de Ambulatório onde decorreu o estudo

A UCA onde o presente estudo foi realizado situa-se numa cidade do norte de Portugal, integra uma da Unidade Local de Saúde (ULS), entidade pública empresarial (EPE), na sua área de influência, presta cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados englobando três Unidades Hospitalares e o Agrupamento de Centros de Saúde constituído por 13 unidades. A UCA da ULS situa-se nas instalações do edifício principal da Unidade e realiza atualmente intervenções cirúrgicas nas especialidades de urologia, otorrinolaringologia (ORL), gastroenterologia, ginecologia, oftalmologia, estomatologia e cirurgia geral. Englobando, cirurgias a hérnias abdominais/inguinais, varizes, quistos, colecistectomias, lipomas e procedimentos cirúrgicos de diversas patologias do canal anal, colocação de cateteres totalmente implantados para diversos fins, tais como quimioterapia em utentes do foro oncológico.

Esta organização funcional é dotada de quatro salas operatórias e duas unidades de cuidados pós anestésicos (UCPA), uma com 3 camas, (reservadas atualmente ao ambulatório de gastroenterologia) e outra com 5 camas (para as restantes especialidades), é suficientemente flexível para poder evoluir à medida das necessidades reais dos serviços utilizados, garantir permanentemente a segurança e a satisfação dos doentes, bem como maximizar a eficiência produtiva, sem prejuízo da qualidade dos serviços prestados e da satisfação dos profissionais envolvidos.

A equipa é constituída por 13 enfermeiros, sendo um deles o enfermeiro responsável, 5 assistentes operacionais, 3 administrativas, cirurgiões e anestesistas.

O utente da especialidade de Cirurgia Geral é avaliado em três consultas externas hospitalares, preferencialmente efetuadas no mesmo dia, as quais passo a descrever:

1ª. Consulta Externa de Cirurgia de Ambulatório, onde é efetuada a seleção dos doentes tendo em conta os critérios clínicos e sociais em CA. Nesta consulta para os utentes que preenchem os critérios designados, são pedidos os exames complementares de diagnóstico de acordo com Norma da DGS Nº 029/2013. Após as devidas explicações e a aceitação de proposta CA pelo utente, é assinado o Consentimento Informado.

2ª. Em seguida o utente é encaminhado para a consulta de enfermagem presencial, a qual é efetuada pelo enfermeiro da UCA que está escalado para tal, e onde serão

fornecidas todas as explicações adicionais necessárias.

A consulta de enfermagem pré-operatória de CA surge após a consulta de cirurgia geral, onde o utente é proposto para a cirurgia de ambulatório, e aceita. Neste tipo de atendimento, a primeira impressão é crucial para estabelecer um bom relacionamento com o nosso utente e é a que fica e que perdurará como cartão de visita da instituição ou serviço.

Logo que o utente é chamado e entra no consultório de enfermagem, o profissional apresenta-se dizendo o seu nome, a sua categoria profissional e o serviço onde exerce funções. Desde logo, segundo relato de vários utentes e familiares, percebe que tem diante de si alguém que estará ao seu lado, e que o vai aliviar de uma enorme carga de emoções e dúvidas.

Para que se proceda a uma correta planificação dos cuidados de enfermagem pré-operatórios, os enfermeiros devem-se interrogar acerca das necessidades mais importantes e prioritárias e satisfazê-las com o objetivo de encontrarem as soluções mais adequadas (ANEXO IV). Este guião de consulta é integralmente preenchido e introduzido no processo informático do utente, na pasta gestão de documentos/consulta de enfermagem.

Relativamente aos utentes propostos, na consulta de enfermagem pré-operatória de cirurgia de ambulatório, nesta Unidade são abordados os seguintes parâmetros:

- Estado geral;
- Sinais vitais (incluindo peso, altura e índice de massa corporal);
- Hábitos pessoais (sono e repouso, hábitos tabágicos e alcoólicos);
- Fatores de risco (idade, doenças associadas, alergias, terapêutica domiciliária, mobilidade e antecedentes cirúrgicos);
- Fatores psicossociais (rede de apoio, religião, necessidades espirituais, estado mental, nível de ansiedade e avaliação de défice de conhecimentos);
- Consentimento informado;
- Exames pré-operatórios complementares de diagnóstico;
- Área de residência a menos de 60 minutos;
- Habitação, local de pernoita adequada;
- Assegurada companhia de adulto responsável nas primeiras 24 horas;
- Acesso rápido a meios de comunicação e socorro.

Informação ao utente e familiar sobre:

- Hora prevista da intervenção cirúrgica;
- Ambiente do BO de CA;
- Constituição da equipe;
- Percurso dentro do BO;
- Procedimentos na preparação pré-operatória;
- Procedimentos anestésicos e cirúrgicos no intraoperatório;
- Medidas prováveis de suporte em UCPA;
- Atitudes analgésicas mais frequentes em UCPA;
- Informação aos familiares dos tempos e local de espera.

Em forma de desdobrável tripartido, é entregue ao utente o *Guia de Acolhimento* na UCA onde consta:

- Informação pré-operatória (local e hora, jejum, medicação habitual, etc.);
- Informação pós-operatória (alimentação, medicação, penso, higiene pessoal, exercício físico, consultas de seguimento, etc.);
- Sinais ou sintomas mais frequentes esperados no pós-operatório e quando contactar os serviços de saúde;
- Contactos telefónicos caso dúvidas ou situações de urgência;
- Informação de que será contactado telefonicamente nas primeiras 24 horas pela equipe de enfermagem da UCA.

São entregues também nesta consulta, duas esponjas individuais impregnadas com antisséptico (cloroexidina) para realização do banho pré-cirúrgico no domicílio, anexando-se a estas, um folheto explicativo dos procedimentos a realizar antes, durante e após o banho. Por fim, o enfermeiro responsável pela consulta confirma se o utente reúne todas condições necessárias anteriormente referidas, para admissão em CA. Toda esta descrição da consulta de enfermagem em CA faz parte do conjunto de orientações emanadas pela Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório (APCA), que permitem organizar as atividades realizadas numa UCA, de modo a normalizar procedimentos que, além de garantirem a qualidade do serviço assistencial prestado, permitem a uniformização de protocolos de atuação e a padronização de processos, podendo ser o primeiro passo para a implementação de um programa de melhoria

contínua da qualidade, adaptado à realidade e funcionalidade de cada unidade.

3ª. Segue-se a consulta de anestesiologia, onde são confirmados os critérios de admissão para a cirurgia de ambulatório. Se necessário, são efetuados pedidos adicionais dos exames complementares de diagnóstico. O utente é informado sobre a manutenção ou suspensão da medicação domiciliária habitual, tipo de anestesia planeada e necessidade de jejum. Nesta Unidade, apenas o utente de cirurgia geral tem acesso à consulta de enfermagem pré-operatória, os utentes propostos pelas outras especialidades, tem acesso apenas à consulta de anestesia se o especialista que propõe a cirurgia, assim o entender.

No dia da cirurgia, chegado o momento da alta, o utente é convidado a preencher um inquérito de satisfação. Como nota introdutória, no momento da entrega do inquérito de satisfação para preenchimento, o enfermeiro da UCPA informa o utente que, com este inquérito, o serviço pretende conhecer e analisar a sua opinião e o grau de satisfação obtidos com a sua experiência na CA desta unidade de saúde, que se destina a avaliar os nossos serviços, com o objetivo de melhorar continuamente a qualidade dos cuidados prestados. Solicitamos, assim, que o utente dedique uns minutos a preencher, garantindo-lhe que será anónimo e confidencial.

CAPÍTULO II – ESTUDO EMPÍRICO

1. Metodologia

Após o enquadramento teórico e o recrutar de evidência científica, procede-se à investigação empírica para dar resposta aos objetivos previamente traçados.

Toda a investigação científica é uma atividade humana de grande responsabilidade ética pelas características que lhe são inerentes. Desde a seleção do problema até à publicação dos resultados, temos um longo caminho a percorrer, podendo ser de grande importância alguns aspetos que, à primeira vista, são de pormenor (Martins, 2018).

1.1. Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo transversal analítico, com abordagem quantitativa, cuja análise dos dados quantitativos assenta em técnicas e procedimentos estatísticos que permitem o tratamento e a análise de um grande número de variáveis e de observações. Esta abordagem de análise assenta na necessidade de fazer uma análise focalizada na procura de padrões de relação entre variáveis: relações de associação, relações de causalidade entre a variável dependente e a variável independente, estudos de proporção e comparação de populações.

1.2. População e Amostra

Segundo Marconi e Lakatos (2017), a população designa um conjunto de elementos que têm características em comum e que reúnem os critérios definidos para o estudo em causa. A população em estudo são todos os 266 utentes, submetidos a cirurgia, em regime de ambulatório, no período compreendido entre 25 de novembro de 2019 e 13 de março de 2020 e que preencheram o inquérito de satisfação.

Foram selecionados, aleatoriamente, os primeiros vinte inquéritos, de cada especialidade, Cirurgia Geral, Otorrinolaringologia, Ginecologia, Estomatologia, Oftalmologia, Gastrenterologia e Urologia, que responderam por escrito ao Inquérito de Satisfação, anónimo, que é disponibilizado no momento da alta para o domicílio e que se encontravam totalmente preenchidos perfazendo assim uma amostra de 140 participantes.

De referir que, nesta unidade e devido à escassez de recursos humanos, apenas os utentes de Cirurgia Geral têm acesso à consulta de enfermagem, ou seja, 20 participantes tiveram consulta de pré-operatória de enfermagem e 120 não tiveram. Após o preenchimento por parte dos utentes do inquérito de satisfação pós cirurgia em regime de ambulatório, este é entregue no secretariado da UCA, para posterior arquivo. No caso de cirurgias pediátricas como é o caso de Estomatologia, ORL, Cirurgia Geral, e por vezes Oftalmologia, o inquérito de satisfação é preenchido pelo representante legal que acompanha a criança menor.

1.3. Instrumento de Recolha de Dados

Grelha de registo onde consta a informação registada nos *inquéritos de satisfação pós cirurgia em regime de ambulatório* utilizado na UCA (Tabela 1). Este inquérito é proposto pela APCA com o objetivo de avaliar a unidade de acordo com as respostas dos utentes, sendo comum a todas as UCA públicas e privadas do país e engloba dez questões fechadas e três abertas que, após análise, foram consideradas de interesse para este estudo. É um inquérito simples, de fácil perceção, com possibilidade de respostas rápidas. Na primeira pergunta procura-se saber se o utente teve mais alguma consulta pré-operatória para além da de cirurgia, na segunda pergunta seguem-se uma série de alíneas relativas ao período pré-operatório e ao dia da cirurgia com disponibilidade de resposta mediante uma escala de likert, em que os questionados especificam seu nível de concordância com uma afirmação.

A terceira e sexta perguntas podem ser respondidas também mediante uma escala de likert, e as quarta e quinta perguntas, são de resposta simples, “sim” ou “não” e se responder “não” indicar o motivo (ANEXO III).

Tabela 1 - Instrumento de recolha de dados

PERGUNTAS	RESPOSTAS
Teve Consulta de Enfermagem?	Sim
	Não
Durante a preparação pré-operatória teve outro tipo de consulta além da cirurgia?	Sim
	Não
Teve informação necessária para a cirurgia proposta?	Discordo Ligeiramente
	Concordo
	Concordo totalmente
A sua experiência cirúrgica esteve dentro das expectativas que tinha criado?	Discordo Ligeiramente
	Concordo ligeiramente
	Concordo completamente
Qual o grau de satisfação relativamente à sua experiência cirúrgica?	Ligeiramente satisfeita
	Completamente satisfeita
O seu tempo de espera para cirurgia não foi muito longo?	Discordo Totalmente
	Discordo Ligeiramente
Teve informação suficiente para chegar facilmente à nossa unidade?	Concordo
	Concordo Totalmente
O tempo de espera para a cirurgia foi aceitável?	Concordo
	Concordo Totalmente
A equipa de saúde que esteve consigo foi simpática?	Concordo Totalmente
Foi informado pelo cirurgião sobre a operação a que foi submetido?	Concordo
	Concordo Totalmente
Considera as instalações confortáveis?	Concordo Totalmente
Os problemas clínicos que eventualmente lhe apareceram foram rapidamente resolvidos?	Concordo Totalmente
Voltaria a ser operado(a) nesta unidade se necessitasse de outra operação?	Sim
Recomendaria a nossa unidade é um familiar ou amigo?	Sim

Recorremos a dados secundários registados no *inquérito de satisfação pós cirurgia em regime de ambulatório* utilizado na UCA onde decorreu o estudo e transpostos para uma base de dados em programa informático.

1.4. Procedimentos Éticos e de Recolha de Dados

Para a recolha de dados o estudo foi submetido previamente a apreciação e autorização da comissão de ética da instituição (ANEXO I), obtendo parecer favorável. Utilizamos estes dados exclusivamente para finalidades específicas, no sentido de proceder ao seu estudo estatístico. A base legal para o tratamento dos dados é o Artigo 6º, n.º 1, alínea f) do regulamento geral de proteção de dados. O nosso interesse legítimo no tratamento destes dados decorre do objetivo de detetar problemas existentes e, deste modo, manter e promover a satisfação do utente em CA. Após parecer favorável da Comissão de Ética, nº 61/2019 (ANEXO II), foram consultados os Inquéritos de Satisfação Pós-cirurgia em regime de Ambulatório utilizados na UCA da Unidade Local de Saúde.

Os dados foram transpostos para o programa informático *Statistical Package for the Social Science (SPSS®)* versão 26.0 para Windows, pelo número de codificação, não sendo possível qualquer identificação ao longo de todo o processo, respeitando assim o sigilo e o anonimato dos participantes.

1.5. Procedimentos Estatísticos

Para o tratamento estatístico, depois da recolha dos dados, foi necessário efetuar o seu tratamento, recorrendo ao programa informático SPSS®, versão 26.0, para Windows, utilizando estatística descritiva e inferencial. Foi utilizado o teste de Qui-Quadrado para comparação de proporções, por se tratar do teste adequado para verificar a relação entre a variável nominal e cada variável ordinal, este teste qui-quadrado de Pearson é um teste estatístico aplicado a dados categóricos para avaliar quão provável é que qualquer diferença observada aconteça ao acaso, que se passa a explicar. Quando estamos perante duas variáveis deste tipo e queremos testar se existe alguma relação entre elas, utiliza-se o teste do Qui-Quadrado.

O resultado relevante do teste é a significância (valor do p-value). Sempre que o valor de p-value for inferior a 5% (0,05), concluindo-se que as duas variáveis estão relacionadas. Quando o valor de p-value do teste for superior ao valor de referência de 5%, as duas variáveis são independentes, ou seja, conclui-se que elas não estão relacionadas (Pestana & Gageiro, 2014).

2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo apresentaremos a análise descritiva e a inferencial dos resultados obtidos. A amostra constituiu-se pelos utentes submetidos a cirurgia, em regime de ambulatório, na UCA da ULS, no período compreendido entre 25 de novembro de 2019 e 13 de março de 2020.

Para este estudo, recorreremos a uma amostra de 140 utentes que passaram pela unidade para serem intervencionados.

Tiveram consulta de enfermagem 14,3% dos utentes, ou seja, os utentes da especialidade de cirurgia geral. Os participantes distribuem-se uniformemente pelas 7 especialidades, os restantes 85,7% não tiveram acesso à consulta de enfermagem. 67,9% tiveram outro tipo de consulta, 66,4% concorda que teve informação necessária para a cirurgia proposta, 65,7% concorda ligeiramente que a experiência cirúrgica esteve dentro das expectativas, 76,4% está completamente satisfeita relativamente à sua experiência cirúrgica, 82,1% discorda totalmente que o tempo de espera para cirurgia não foi muito longo, 89,3% concordam totalmente que tiveram informação suficiente para chegar facilmente à unidade, 85,7% concordam totalmente que o tempo de espera para a cirurgia foi aceitável, 78,6% concordam totalmente que foram informados pelo cirurgião sobre a operação a que foi submetido, 100% concordam totalmente que equipa de saúde que esteve de serviço no dia da cirurgia, foi simpática, que as instalações eram confortáveis, que os problemas clínicos que eventualmente lhe apareceram foram rapidamente resolvidos, que poderia ser operado(a) nesta unidade se necessitasse de outra operação e que recomendaria a nossa unidade a um familiar ou amigo (tabela 2).

Tabela 2 - Análise descrita das variáveis do estudo (N= 140)

Variável		n	%
Consulta de Enfermagem	Sim	20	14,3
	Não	120	85,7
Especialidades	Oftalmologia	20	14,3
	Cirurgia Geral	20	14,3
	Otorrinolaringologia	20	14,3
	Ginecologia	20	14,3
	Estomatologia	20	14,3
	Urologia	20	14,3
	Gastrenterologia	20	14,3
Durante a preparação pré-operatória teve outro tipo de consulta?	Sim	95	67,9
	Não	45	32,1
Teve informação necessária para a cirurgia proposta?	Discordo ligeiramente	27	19,3
	Concordo	93	66,4
	Concordo totalmente	20	14,3
A sua experiência cirúrgica esteve dentro das expectativas que tinha criado?	Discordo ligeiramente	30	21,4
	Concordo ligeiramente	92	65,7
	Concordo completamente	18	12,9
Qual o grau de satisfação relativamente à sua experiência cirúrgica?	Ligeiramente satisfeita	33	23,6
	Completamente satisfeita	107	76,4
O seu tempo de espera para cirurgia não foi muito longo?	Discordo totalmente	115	82,1
	Discordo ligeiramente	25	17,9
Teve informação suficiente para chegar facilmente à nossa unidade?	Concordo	15	10,7
	Concordo totalmente	125	89,3
O tempo de espera para a cirurgia foi aceitável?	Concordo	20	14,3
	Concordo totalmente	120	85,7
A equipa de saúde que esteve consigo foi simpática?	Concordo totalmente	140	100,0
Foi informado pelo cirurgião sobre a operação a que foi submetido?	Concordo	30	21,4
	Concordo totalmente	110	78,6
Considera as instalações confortáveis?	Concordo totalmente	140	100,0
Os problemas clínicos que eventualmente lhe apareceram foram rapidamente resolvidos?	Concordo totalmente	140	100,0
Voltaria a ser operado(a) nesta unidade se necessitasse de outra operação?	Sim	140	100,0
Recomendaria a nossa unidade a um familiar ou amigo?	Sim	140	100,0

Análise da relação entre a satisfação dos utentes e o tempo de espera até ao dia da cirurgia;

Aplicou-se o teste de Qui-Quadrado, de acordo com João Marôco (2018). De acordo com o mesmo, não existe relação estatisticamente significativa entre a satisfação dos utentes e o tempo de espera para o dia da cirurgia ($\chi^2= 0,215$; $p=0,643$), ou seja, apesar do tempo de espera, 62,1% dos inquiridos revelaram estar completamente satisfeitos com a sua experiência cirúrgica.

Tabela 3 - Distribuição dos participantes por grau de satisfação relativamente à experiência cirúrgica e tempo de espera para o dia da cirurgia

		<i>Tempo de espera para o dia da cirurgia</i>			<i>Total</i>	(χ^2)	gl	<i>p</i>
		Discordo Totalmente	Discordo Ligeiramente					
Satisfação relativamente à experiência cirúrgica	Ligeiramente satisfeita	n	28	5	33	0,215	1	0,643
		%	20,0%	3,6%	23,6%			
	Completamente satisfeita	n	87	20	107			
		%	62,1%	14,3%	76,4%			
<i>Total</i>		n	115	25	140			
		%	82,1%	17,9%	100,0%			

χ^2 -Qui-quadrado; gl- graus de liberdade; p – p-value

Analisar se a consulta de enfermagem de CA se relaciona com a informação necessária para a cirurgia proposta;

Para analisar a relação entre a “consulta de enfermagem de CA e o “conhecimento e informação necessária para a cirurgia proposta”, aplicou-se também o teste de Qui-Quadrado, de acordo com João Marôco (2018).

De acordo com o resultado, existe relação estatisticamente significativa, entre a consulta de enfermagem pré-operatória de cirurgia de ambulatório e a informação necessária para a cirurgia proposta ($\chi^2= 12,042$; $p=0,002$) pois, dos 20 utentes que tiveram acesso à consulta de enfermagem, todos eles responderam que concordaram

completamente com a obtenção da informação necessária para a cirurgia que lhes foi proposta. Dos restantes utentes que não fizeram esta consulta, 66,4% responderam simplesmente que concordavam e 19,3% referiram que discordavam ligeiramente.

Podemos constatar que 14,3% utentes que responderam concordo totalmente à questão “Teve informação necessária para a cirurgia proposta?” foram exatamente aqueles que tiveram acesso à consulta de enfermagem.

Tabela 4 - Distribuição dos participantes por consulta pré-operatória de enfermagem de CA e informação necessária para a cirurgia proposta

		<i>Informação necessária para a cirurgia proposta</i>			<i>Total</i>	χ^2	<i>gl</i>	<i>p</i>	
		<i>Discordo Ligeiramente</i>	<i>Concordo</i>	<i>Concordo completamente</i>					
Consulta pré operatória de Enfermagem	<i>Não</i>	<i>n</i>	27	93	0	120	<i>140</i>	<i>2</i>	<i>0,001</i>
		<i>%</i>	19,3%	66,4%	0,0%	85,7%			
	<i>Sim</i>	<i>n</i>	0	0	20	20			
		<i>%</i>	0,0%	0,0%	14,3%	14,3%			
	<i>Total</i>	<i>n</i>	27	93	20	140			
		<i>%</i>	19,3%	66,4%	14,3%	100,0%			

χ^2 -Qui-quadrado; *gl*- graus de liberdade ; *p* – *p-value*

Análise da relação entre o “grau de satisfação dos utentes relativamente à sua experiência cirúrgica” e o “tempo de espera no dia da cirurgia”, aplicou-se o teste de Qui-Quadrado, de acordo com João Marôco (2018).

De acordo com o resultado do teste Qui-Quadrado, não existe relação estatisticamente significativa entre a satisfação dos doentes e o tempo de espera para a cirurgia ($\chi^2=0,026$; $p=0,871$) o que revela que, independentemente do tempo de espera para a cirurgia no dia em que vem para ser intervencionado, 65,7% dos inquiridos que assinalaram “concordo totalmente”, ou seja, que se encontrava completamente satisfeito com a experiência cirúrgica.

Tabela 5 - Distribuição dos participantes por tempo de espera no dia da cirurgia e satisfação do utente

		<i>O tempo de espera, no dia da cirurgia foi aceitável</i>			Total	(χ^2)	gl	p
		<i>Concordo ligeiramente</i>	<i>Concordo Totalmente</i>					
Grau de satisfação relativamente à experiência cirúrgica	<i>Ligeiramente satisfeita</i>	n	5	28	33	0,026	1	0,871
		%	3,6%	20,0%	23,6%			
	<i>Completamente satisfeita</i>	n	15	92	107			
		%	10,7%	65,7%	76,4%			
<i>Total</i>		n	20	120	140			
		%	14,3%	85,7%	100,0%			

χ^2 -Qui-quadrado; gl- graus de liberdade ; p – p-value

Analisar se a Consulta de Enfermagem de Cirurgia de Ambulatório se relaciona com as expectativas do doente;

Para analisar a relação entre a consulta pré-operatória de enfermagem de CA e as expectativas do utente, aplicou-se o teste de Qui-Quadrado, de acordo com João Marôco (2018).

De acordo com o resultado do teste Qui-Quadrado, existe relação estatisticamente significativa entre a consulta pré-operatória de enfermagem e as expectativas que o utente tinha criado relativamente à sua experiência cirúrgica ($\chi^2= 19,530$; $p=0,001$), pois dos 20 utentes que tiveram consulta de enfermagem, 18 responderam “concordo totalmente” e 2 “concordo ligeiramente”, dos que não tiveram consulta, ninguém respondeu “concordo totalmente”, o que nos leva a concluir que os utentes que tiveram consulta de enfermagem, respondem em grande parte que concordam completamente em como a sua experiência cirúrgica esteve dentro das expectativas que tinham criado.

Tabela 6 - Distribuição dos participantes por existência de consulta pré-operatória de enfermagem e expectativas cirúrgicas do utente

		<i>A experiência cirúrgica esteve dentro das expectativas</i>			<i>Total</i>	χ^2	<i>gl</i>	<i>p</i>	
		<i>Discordo Ligeiramente</i>	<i>Concordo ligeiramente</i>	<i>Concordo completamente</i>					
Consulta pré-operatória de Enfermagem	<i>Não</i>	<i>n</i>	30	90	0	120	124,02	2	0,001
		<i>%</i>	21,4%	64,3%	0,0%	85,7%			
	<i>Sim</i>	<i>n</i>	0	2	18	20			
		<i>%</i>	0,0%	1,4%	12,9%	14,3%			
<i>Total</i>		<i>n</i>	30	92	18	140			
		<i>%</i>	21,4%	65,7%	12,9%	100,0%			

χ^2 -Qui-quadrado; *gl*- graus de liberdade ; *p* – *p-value*

Analisar se a consulta de enfermagem pré-operatória de CA, influencia a satisfação relativamente à sua experiência cirúrgica, do utente submetido a cirurgia de ambulatório;

Para analisar se a realização da consulta de enfermagem de CA influencia a satisfação do utente submetido a cirurgia de ambulatório, aplicou-se o teste de Qui-Quadrado, de acordo com João Marôco (2018).

De acordo com o resultado do teste Qui-Quadrado, existe relação estatisticamente significativa, isto é, influência entre a consulta de enfermagem de Cirurgia de Ambulatório e a satisfação do utente ($\chi^2= 5,715$; $p=0,017$), em que todos os utentes que tiveram possibilidade de realizar a consulta pré-operatória de enfermagem responderam que estão completamente satisfeitos com a experiência cirúrgica.

Tabela 7 – Distribuição dos participantes por consulta pré-operatória de enfermagem e satisfação do utente relativamente à experiência cirúrgica

		<i>Grau de satisfação relativamente à experiência cirúrgica</i>			<i>Total</i>	χ^2	gl	<i>p</i>
		<i>Ligeiramente satisfeita</i>	<i>Completamente satisfeita</i>					
<i>Consulta pré-operatória de Enfermagem</i>	Não	n	33	87	120	7,196	1	0,007
		%	23,6%	62,1%	85,7%			
	Sim	n	0	20	20			
		%	0,0%	14,3%	14,3%			
<i>Total</i>		n	33	107	140			
		%	23,6%	76,4%	100,0%			

χ^2 -Qui-quadrado; gl- graus de liberdade ; *p* – *p-value*

3. DISCUSSÃO

As respostas às perguntas do inquérito de satisfação em CA que consideramos fulcrais para o nosso estudo, revelaram-se de interesse para a discussão dos resultados.

Relativamente à informação necessária para a cirurgia proposta, concluímos que os utentes que tiveram acesso à consulta pré-operatória de enfermagem em CA, foram os que responderam unicamente “concordo totalmente”. Comparando a amostra de 20 utentes que tiveram acesso à consulta de enfermagem, com os 120 que não tiveram essa consulta, todos os 20 responderam que concordaram completamente com a obtenção da informação necessária para a cirurgia que lhes foi proposta. Dos restantes utentes que não fizeram esta consulta, 66,4% responderam simplesmente que concordavam e 19,3% referiram que discordavam ligeiramente. Tal como concluiu Melgo, em 2015, a exigência da nossa sociedade para com a qualidade dos serviços de saúde, evidencia importância da prestação de cuidados de enfermagem face às necessidades e expectativas do utente para obter a melhor satisfação possível.

Em relação às expectativas da experiência cirúrgica, dos 20 utentes que tiveram consulta de enfermagem, 18 responderam “concordo totalmente” e 2 “concordo ligeiramente”, enquanto os que não tiveram consulta, ninguém respondeu “concordo totalmente”, o que pode demonstrar que os utentes que tiveram consulta de enfermagem, respondem maioritariamente que concordam completamente em como a sua experiência cirúrgica esteve dentro das expectativas que tinham criado. Em relação à satisfação cirúrgica, todos os 20 utentes que tiveram possibilidade de realizar a consulta pré-operatória de enfermagem responderam que estão completamente satisfeitos com a experiência cirúrgica. Os autores Gonçalves et al. (2017), no seu estudo sobre a influência da informação transmitida pelos enfermeiros na ansiedade pré-operatória, sugerem um maior investimento na preparação pré-operatória dos doentes, inclusive no que diz respeito às necessidades psicológicas e informativas, dando maior ênfase às intervenções autónomas dos enfermeiros. Assim, defendem que deve ser adotada uma intervenção estruturada, exequível, objetiva e individualizada. Para que haja adesão aos cuidados é necessário que existam bons conhecimentos em saúde, dados por uma fonte de informação credível e presença de rede social de apoio (Cohen, 2009). Este autor considera que a educação/informação é a pedra fundamental para que o utente possa

realizar as suas decisões. Se no plano de cuidados e nas informações prestadas pelo enfermeiro, o utente descobrir um significado positivo, é possível que entenda o processo de CA como uma experiência menos traumática.

Também para Carvalho e Cristão, (2012), a consulta de enfermagem pré-operatória é constituída por uma adequada avaliação inicial, fornecimento de material informativo, preparação do doente para todo o peri operatório e estabelecimento de um contacto para esclarecimento de dúvidas nesse trabalho, com o objetivo de conhecer o processo de transição do homem submetido a prostatectomia radical. Constataram que os utentes dão muita importância a um seguimento de enfermagem prévio à cirurgia, para poderem ser inteirados do seu estado de saúde e do modo como se desenrolará todo o processo cirúrgico, inclusive das eventuais complicações da cirurgia, ficando assim notória a intervenção do enfermeiro no ensino e instrução de estratégias adaptativas para enfrentarem possíveis morbilidades cirúrgicas, verificando ainda a relevância da relação de ajuda, um dos pilares básicos dos cuidados em enfermagem, na vivência desta transição. Os utentes também revelaram a importância de valores característicos em enfermagem, tais como: humanidade, dignidade e respeito, aumentando a satisfação com os cuidados recebidos (Carvalho e Cristão, 2012). Tal como no estudo de Breda (2019), os resultados permitem-nos inferir que a consulta de enfermagem em CA contribuiu com o esclarecimento de dúvidas e transmissão de informações sobre todo o processo e expectativas cirúrgicas, desde a preparação pré-operatória aos cuidados a ter no pós-operatório, robustecendo estes resultados, também os estudos consultados, são unânimes em atribuir um impacto muito positivo a estas intervenções autónomas de enfermagem, na prevenção de incidentes, na promoção do autocuidado e, conseqüentemente, na recuperação pós-operatória.

Quanto ao grau de satisfação relativamente à experiência cirúrgica, nos nossos resultados, todos os utentes que tiveram possibilidade de realizar a consulta pré-operatória de enfermagem responderam que estão completamente satisfeitos com a sua experiência cirúrgica. Os fatores apontados no estudo de Lima et al. (2015) que influenciam a satisfação do doente em relação ao cuidado de enfermagem são: o relacionamento enfermeiro-doente; o apoio afetivo; as informações sobre a saúde e o cuidado; o poder de decisão do próprio doente; e a competência técnica dos profissionais.

Efetivamente, um dos itens deste estudo foi a expectativa do utente face à realidade. Entende-se que, quanto mais informado estiver o utente, mais se adaptará à situação adversa que é a cirurgia. Uma das questões em estudo, relaciona-se com a informação fornecida ao utente como estratégia educativa. O grupo analisado que respondeu “concordo totalmente” foram os utentes da Cirurgia Geral, os únicos que concretizaram consulta de enfermagem. Por outro lado, os utentes de Urologia não tiveram acesso a qualquer consulta pré-operatória (enfermagem e anestesia) e, por conseguinte, foram os que apontaram um maior sentido negativo relativamente às expectativas/realidade. Uma outra questão em estudo foi a satisfação do utente em relação à experiência em CA, a análise à questão do grau de satisfação relativamente à sua experiência cirúrgica, podemos verificar que a resposta mais frequente em qualquer especialidade é “completamente satisfeito”. Entende-se assim que os utentes se sentiram satisfeitos com a equipa, as instalações, a segurança, avaliando positivamente o serviço. Contudo, a satisfação não envolve só o utente e a família, mas também a própria equipa cirúrgica. Deste modo, conclui-se que a questão das expectativas e a sua relação com a informação atribuída ao utente é pertinente de analisar e aprofundar para futuros procedimentos. Também Gröndahl et al., 2019, no estudo realizado, demonstrou que os utentes ficam mais satisfeitos ao receberem informação dos enfermeiros no período pré-operatório, referindo que se sentiam mais familiarizados com o procedimento cirúrgico, sintomas e os tratamentos que iriam ter que receber após a sua alta. Sugere-se assim, que a consulta de enfermagem pré-operatória seja sempre realizada em regime de ambulatório, através de uma rotina, para que seja criada uma agenda de consulta de enfermagem, para todos os utentes tal como acontece com os de Cirurgia Geral.

Ao contrário do estudo de Tavares, 2014, que refere que os tempos de espera elevados podem influenciar negativamente a satisfação do utente, sendo importante dar uma justificação sobre as razões que podem estar a causar estes atrasos de forma a minimizar o sentimento de inquietação do utente e dos seus acompanhantes e evitar que estes se sintam insatisfeitos, neste estudo, como demonstram, não existe relação estatisticamente significativa entre a satisfação dos utentes e os tempos de espera, quer para o dia da cirurgia, quer no próprio dia em que é realizada a cirurgia.

De acordo com o regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação peri operatória, destacam-se o cuidar da pessoa em situação peri operatória e respetiva família/pessoa significativa, maximizar a segurança da pessoa a vivenciar situação cirúrgica e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica, assim sendo, a consulta de enfermagem é uma atribuição exclusiva do enfermeiro e um instrumento que proporciona uma melhoria na qualidade da assistência de enfermagem prestada ao utente, estabelecendo um vínculo entre o enfermeiro e o utente. Por isso, entende-se que a consulta deve ser implementada no período pré-operatório de CA.

Ao recolher toda a informação do utente, a consulta de enfermagem em pré-operatório possibilita um diagnóstico preciso, além de que informa o utente das orientações gerais do tratamento cirúrgico e duas consequências, bem como, ações específicas para o autocuidado. O profissional de enfermagem pode orientar os cuidados realizados e os procedimentos cirúrgicos, preparando o utente fisicamente e psicologicamente com vista a diminuir o nível de stress e ansiedade do mesmo. Deste modo, o utente irá chegar ao momento da cirurgia preparado para o procedimento cirúrgico, reduzindo a ansiedade do mesmo e até da equipa cirúrgica.

Em suma, entende-se que a consulta de enfermagem no pré-operatório ambulatorio constitui uma mais-valia para informar o utente e deste modo, equilibrar as expectativas, bem como para a satisfação do mesmo, do acompanhante e da equipa de cirúrgica. As expectativas do utente em relação à forma como o seu caso vai ser conduzido devem ser averiguadas, dado que a satisfação ou insatisfação nasce da diferença entre estas e a perceção gerada. A sua apetência física e psicossocial deve igualmente ser investigada, pois na sua ausência, se persistirmos com o processo de CA, vamos inevitavelmente deparar-nos com falhas. Os presentes dados recolhidos em contexto hospitalar permitiram verificar que a consulta de enfermagem é fundamental na preparação psicológica e emocional do utente, numa gestão de expectativas e de troca de informações pertinentes para o bem-estar e satisfação do mesmo.

Uma das limitações dos resultados aferida neste trabalho está relacionada com o facto de a recolha de dados ter sido realizada em uma só unidade de CA, amostra reduzida e inquérito muito limitativo, o que reduziu a análise concreta de outras realidades equiparadas, pelo que, face a esta limitação, sugere-se que sejam efetuados outros

estudos que incluam amostras de maiores dimensões e também serviços de outras instituições como nos sugerem a AESOP.

É útil referenciar que a sua identificação não invalida as conclusões deste trabalho, assim sendo, o reconhecimento destas limitações permitirá a identificação de oportunidades para formação contínua, melhoria da investigação futura e prática clínica.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo permitiram aferir que a consulta pré-operatória de enfermagem em cirurgia de ambulatório pode influenciar de forma positiva a informação, expectativas e satisfação dos utentes no processo cirúrgico.

Concluimos que os utentes que tiveram consulta pré-operatória de enfermagem, obtêm mais informação para a cirurgia proposta, as expectativas e satisfação relativamente à experiência cirúrgica são mais elevadas.

Neste sentido, em conjunto com a realização de outros estudos, concluimos que a consulta de enfermagem no âmbito pré-operatório pode constituir-se um momento de elucidação do utente para o processo que irá vivenciar.

Para divulgação dos resultados, procedemos à submissão de um artigo científico em revista científica da AESOP (ANEXO VI).

Face aos resultados, sugere-se assim que todos os utentes de pré-operatório passem por esta consulta, logo após a confirmação do diagnóstico e da necessidade de intervenção cirúrgica. Assim, espera-se que as consultas de enfermagem de pré-operatório em CA, possam constituir-se um procedimento recomendado e adotado a fim de obter maior bem-estar de todos os utentes e uma maior eficiência dos serviços hospitalares do SNS.

O profissional de enfermagem em consulta de CA, poderá ajudar, dando a informação necessária para a cirurgia, criando expectativas que o conduzem a uma maior satisfação durante todo o processo,

A consulta pré-operatória de enfermagem é uma ferramenta poderosa para reduzir complicações, proporcionando uma assistência mais segura ao utente em CA, sendo assim, uma forma muito eficiente de adquirir informações, confiança, controle de sintomas, autocuidado e satisfação biopsicossocial (Cardante, 2020).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses [AESOP]. (2012). *Enfermagem Peri operatória. Da Filosofia à Prática de Cuidados* (1ª reimpressão). Estúdio Lusociência. ISBN 978-972-8930-16-5.
- Ascari, R., Neiss, M., Sartori, A., Silva, O., Ascari, T., & Galli K. (2013). Perceções do paciente cirúrgico no período pré-operatório acerca da assistência de enfermagem. *Rev. Enferm. UFPE on line*, 7(4), 1136-1144.
- Association Of Perioperative Registered Nurses [AORN]. (2005). *Standards, Recomendated Pratices, Guidelines* (1ª edição), AORN.
- Breda, L. F., & Cerejo, M. N. (2021). Influencia da consulta pré-operatória de enfermagem na satisfação das necessidades informativas do doente. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(5), 1-8. <https://doi.org/10.12707/RV20088>
- Cardante, S. (2020). *Consulta de enfermagem pré-operatória e de follow-up em cirurgia de ambulatório: a perspetiva dos enfermeiros*. [Tese de Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Centro Hospitalar Universitário Do Porto, (2020). Acessível em <https://www.chporto.pt/ver.php?cod=0G0D#CirurgiaOrganizacao>
- Chicória, M. (2013). *Cuidados de Enfermagem: Uma Prática Baseada na Evidência* [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Comissão Nacional Para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório [CNADCA]. (2008). *Relatório final: cirurgia de ambulatório: um modelo de qualidade centrado no utente*. Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia Ambulatória.
- Cooke, M., Walker, R. Aitken, L. M., Freeman, A., Pavey, S. & Cantrill, R. (2016). Pre-operative self-efficacy education vs. usual care for patients undergoing joint replacement surgery: a pilot randomised controlled trial. *Scandinavian journal of caring sciences*, 30(1), 74-82.
- Dias, S. (2014). *As práticas educativas dos enfermeiros na preparação do regresso a casa da pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica em Cirurgia de Ambulatório*. [Dissertação de Mestrado]. Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
- Decreto-Lei nº71/2019 da Presidência do Conselho de Ministros (2019). Diário da República: I série, nº245.

Despacho n.º 1380/2018 da Saúde – Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2018). Diário da República: II Série, n.º 28. Acessível em <https://dre.pt/home/-/dre/114654436/details/maximized>

Diário da República, III Série, Suplemento, n.º 243 de 18 de outubro de 1999, pág. 21.

Diário da República, II Série - N.º 135 - 16 de julho de 2018, pág. 19366.

Direção Geral da Saúde (2000). Data de consulta 20/06/2019.

Direcção-Geral de Saúde (2001). *Cirurgia de Ambulatório: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Direcção-Geral da Saúde.

Gonçalves, M., Cerejo, M., & Martins, J. (2017). A influência da informação fornecida pelos enfermeiros sobre a ansiedade pré-operatória. *Revista de Enfermagem Referência, serIV*(14), 17-26. <https://dx.doi.org/10.12707/RIV17023>

Gröndahl, W., Muurinen, H., Katajisto, J., Suhonen, R., & Leino-Kilpi, H. (2019). Perceived quality of nursing care and patient education: a cross-sectional study of hospitalised surgical patients in Finland. *BMJ Open*, 9(4), 1-9.

International Association for Ambulatory Surgery [IASS] (2013). *About the IAAS*. International Association for Ambulatory Surgery.

Leal, M. T. (2006). Cirurgia Ambulatória: estaremos atentos ao seu impacto sobre a enfermagem? *Pensar Enfermagem*, 10(1), 67-74.

Lemos, P. (1998). Indicações e Vantagens da Cirurgia Ambulatória. *Revista Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, 9, 104-113.

Lemos, P. (2009). Editorial. *Revista Portuguesa de Cirurgia, II Série*(8), 25-28.

Lima, C. A., Santos, B. T. P., Andrade, D. L. B., Barbosa, F. A., Costa, F. M. & Carneiro, J. A. (2015). Quality of emergency rooms and urgent care services: user satisfaction. *Einstein (São Paulo, Brasil)*, 13(4), 587–593. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082015GS3347>.

Luna, A. C. (2014). *Importância da visita pré-operatória de enfermagem: a satisfação do cliente* [Dissertação de Mestrado]. Instituto Politécnico de Setúbal.

Machado, S. C. N. (2016). *Ansiedade do Doente no Pré-Operatório de Cirurgia de Ambulatório: Influência da Consulta de Enfermagem* [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de enfermagem de Coimbra.

Marconi, M. A., & Lakatos, E. M. (2017). *Metodologia do trabalho científico* (8a ed.). Atlas.

- Marôco, J. (2018). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (7ª ed.). Pêro Pinheiro.
- Martins, M. M. (2016). *Consulta de enfermagem estruturada numa unidade dor: a promoção do cuidado de si à pessoa idosa com dor crónica* [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Melgo, A. (2015). *Satisfação do doente cirúrgico face aos cuidados de enfermagem na ULSNE: Unidade de Bragança* (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Viseu. <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/3025>
- Moreira, L., Xavier, A. Moreira, F., Souza, L., Araujo, O., Santos, T., & Costa, Y. (2016). Avaliação dos motivos de cancelamento de cirurgias eletivas. *Enfermagem Revista*, 19(2), 212-225.
- Mota, J. L. (2016). *Cirurgia Ambulatória - Readmissões pós-cirúrgicas* [Dissertação de Mestrado]. Universidade Nova de Lisboa.
- Mottram, A. (2012). Day surgery patients' perceptions of risk: a qualitative research study. *Ambulatory Surgery*, 17(4), 245-251.
- Neves, J.; Monteiro, T. (2017). *Manual de boas práticas da cirurgia de ambulatório* (2ªed.). Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE – Unidade de Cirurgia de Ambulatório.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2010). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual e enunciados descritivos*. Ordem dos Enfermeiros.
- OE (2013). *Parecer CJ 79/2012 – Autonomia da profissão de enfermeiro relativamente à execução de tratamento*. Conselho Jurisdicional 2012/2015.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2014). *Análise de Dados para Ciências Sociais- A Complementaridade do SPSS* (6ª Edição). Edições Sílabo.
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 159-A/2008, da Presidência do Conselho de Ministros. (2008). Diário da República: 1º Suplemento da I Série, nº 242. Acessível em https://dre.pt/web/guest/pesquisa//search/658628/details/normal?_search_WAR_drefrontofficeportlet_dreId=128175
- Ribeiro, H. (2014). *Avaliação da satisfação dos utentes em relação á informação prestada no pós-operatório em cirurgia ambulatória* [Relatório de Estágio]. Instituto Politécnico de Setúbal.

- Rocha, D.R., & Ivo, O.P. (2015). Assistência de enfermagem no pré-operatório e sua influência no pós-operatório: uma percepção do cliente. *Revista Enfermagem Contemporânea*, 4(2).
- Santos, J, Sankarankutty, A., Junior, W., Kemp, R., Leonel, E., & Silva Junior, O. (2008). Cirurgia ambulatorial: do conceito à organização de serviços e seus resultados. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 41(3), 274-286.
- Serviço Nacional de Saúde [SNS] (2021). Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE.
- SNS (2021). Serviço de Cirurgia de Ambulatório. Serviço Nacional de Saúde. Acessível em <http://www.ulsguarda.minsaude.pt/servicos/servicosclinicos/departamento1/servico-de-cirurgia-de-ambulatorio/>
- Sousa, Z., Neves, M. C., & Carvalho, D. (2018). Consulta de Enfermagem: como, quando e porquê? *Revista Portuguesa de Diabetes*, 13(2), 63-67.
- Soltner, C., Giquello, J., Monrigal-Martin, C., & Beydon, L. (2011). Continuous care and empathic anaesthesiologist attitude in the preoperative period: impact on patient anxiety and satisfaction. *British journal of anaesthesia*, 106(5), 680-686. <https://doi.org/10.1093/bja/aer034>
- Tannure, M. C., & Pinheiro, A. M. (2014). *O que é a sistematização da assistência de enfermagem (SAE)? - Guia Prático* (2ª ed.). Guanabara Koogan.
- Tavares, S. (2013). *Satisfação do doente em Cirurgia de Ambulatório* [Artigo de Revisão Bibliográfica]. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Vitorino, A. (2016). *Satisfação da pessoa submetida a cirurgia oftalmológica face aos cuidados de enfermagem na preparação para a alta* [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

ANEXOS

Anexo I - Pedido de Autorização para Recolha de Dados ULSNE

Exmo. Sr.

Presidente do Conselho de Administração da ULSNE

**Assunto: Pedido de autorização para recolha de dados no âmbito do Projeto de Investigação
“Importância da Consulta de Enfermagem pré-operatória em Cirurgia de Ambulatório”**

Susana Cristina Ruivo Ló Silva, enfermeira na ULSNE desde 2 de novembro de 1998 e presentemente em exercício de funções no Bloco Operatório de Cirurgia de Ambulatório da Unidade de Mirandela, nº mecanográfico 30508 e mestranda do 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, sob orientação tutorial da Professora Doutora Matilde Martins, vem pedir autorização para consulta de 140 inquéritos anónimos de satisfação de Cirurgia de Ambulatório. A confidencialidade da consulta destes inquéritos está assegurada, uma vez que são anónimos.

Pede deferimento,

Os melhores cumprimentos,

A Colaboradora/Mestranda

Enf.ª Susana Cristina Ruivo Ló Silva

Anexo II - Autorização da comissão de ética da ULSNE para Recolha de Dados

Reunião CA 20.11.2019

aprovado.


Dr. Carlos Alberto Vaz
Presidente do
Conselho de Administração

PARECER Nº. 61/2019

(Reapreciação sobre o estudo: "Importância da Consulta de Enfermagem pré-operatória em Cirurgia de Ambulatório")

A comissão de ética (CE) da ULSNE, em reunião de 6 de novembro de 2019, iniciou o Processo nº. 61/2019, com base no parecer emitido na reunião do dia vinte e oito de agosto de 2019.

Conclusões

Face ao exposto, a CE delibera:

- dar parecer favorável à realização deste estudo.
- nada opor do ponto de vista ético.
- solicitar o compromisso de entrega (preferencialmente em suporte digital) a esta CE de um exemplar do resultado final do estudo.

O processo foi votado pelos Membros da Comissão de Ética da ULSNE, E.P.E. presentes:

Presidente: Dra. Joaquina Baltazar

Vice - presidente: Dra. Maria de Jesus Machado Lopes

Enfª. Carla Grande, Dr. Marcelino Silva, Dra. Manuela Fernandes, Dra. Liseta Gonçalves

Presente ainda para secretariar a reunião: Assunção Esteves

Anexo III - Inquérito de Satisfação pós cirurgia em regime de Ambulatório

Unidade de Cirurgia de Ambulatório - Mirandela

INQUERITO DE SATISFAÇÃO PÓS CIRURGIA EM REGIME DE AMBULATÓRIO

1.- Durante a preparação pré-operatória teve outro tipo de consulta além da cirurgia?

- Sim Não se Sim, qual?
- Consulta de Anestesia Consulta de Enfermagem Outra.....

2.-

A) - Relativamente ao período que antecedeu o dia da cirurgia:

- 1 - O seu tempo de espera para cirurgia não foi muito longo?
- 2 - Teve informação necessária para a cirurgia proposta?

B) - Relativamente ao dia de hoje:

- 1 - Teve informação suficiente para chegar facilmente á nossa unidade?
- 2 - O tempo de espera para a cirurgia foi aceitável?
- 3 - A equipa de saúde que esteve consigo foi simpática?
- 4 - Foi informado pelo cirurgião sobre a operação a que foi submetido?
- 5 - Considera as instalações confortáveis?
- 6 - Os problemas clínicos que eventualmente lhe apareceram foram rapidamente resolvidos?

LEGENDA	<input type="checkbox"/> Concordo Totalmente	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Discordo Ligeiramente
	<input type="checkbox"/> Discordo Totalmente	<input type="checkbox"/> Não sei/não respondo	

3. – A sua experiência cirúrgica esteve dentro das expectativas que tinha criado?

- Concordo completamente - Concordo ligeiramente
- Discordo Ligeiramente Discordo Totalmente

4. – Voltaria a ser operado(a) nesta unidade se necessitasse de outra operação?

- Sim Não Se não porque motivo?.....

5. – Recomendaria a nossa unidade é um familiar ou amigo?

- Sim Não Se não porque motivo?.....

6. – Qual o grau de satisfação relativamente à sua experiência cirúrgica?

- Completamente satisfeita - Ligeiramente satisfeita
- Ligeiramente insatisfeito Completamente Insatisfeito

**Anexo IV - Guião da Consulta de Enfermagem de Cirurgia de Ambulatório da ULSNE
(Unidade de Mirandela)**



**CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
CONSULTA DE ENFERMAGEM**

Nome do utente

Número do processo

ESTADO GERAL:		BOM <input type="checkbox"/>		REGULAR <input type="checkbox"/>		MAU <input type="checkbox"/>		
SINAIS VITAIS:	TA	mmHg	PULSO	P/min	PESO	Kg	ALT	cm
HÁBITOS PESSOAIS								
SONO/REPOUSO:		REGULAR (7H OU +) <input type="checkbox"/>				INSÓNIA <input type="checkbox"/>		
ESTADO HIGIENE:		BOM <input type="checkbox"/>		MAU <input type="checkbox"/>				
HÁBITOS TABÁGICOS:		SIM <input type="checkbox"/>		QT:		NÃO <input type="checkbox"/>		
HÁBITOS ALCOÓLICOS:		SIM <input type="checkbox"/>		QT:		NÃO <input type="checkbox"/>		
FACTORES DE RISCO:				IDADE:				
ALERGIAS:		SIM <input type="checkbox"/>		QUAIS:				
		NÃO <input type="checkbox"/>		DESCONHECE <input type="checkbox"/>				
USO DE MEDICAMENT.		NÃO <input type="checkbox"/>		SIM <input type="checkbox"/>		Quais:		
MOBILIDADE:		DEPENDENTE <input type="checkbox"/>		PARCIAL <input type="checkbox"/>		INDEPENDENTE <input type="checkbox"/>		
CIRURGIAS ANTERIORES:		NÃO <input type="checkbox"/>		SIM <input type="checkbox"/>		QUAIS:		
FACTORES PSICOSSOCIAIS:								
REDE DE APOIO:		FAMÍLIA <input type="checkbox"/>			OUTROS <input type="checkbox"/>			
CRENÇAS CULTURAIS:		ATEU <input type="checkbox"/>		CATÓLICO <input type="checkbox"/>		OUTRA <input type="checkbox"/>		QUAL:
NECESSIDADES ESPIRITUAIS:		SIM <input type="checkbox"/>				NÃO <input type="checkbox"/>		
ESTADO MENTAL:		ORIENTADO <input type="checkbox"/>				DESORIENTADO <input type="checkbox"/>		
NÍVEL DE ANSIEDADE:		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>						
DÉFICE DE CONHECIMENTOS:		SIM <input type="checkbox"/>				NÃO <input type="checkbox"/>		



- CONSENTIMENTO INFORMADO: SIM NÃO
- EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO: - ECG..... SIM NÃO
- ANÁLISES..... SIM NÃO
- RX..... SIM NÃO
- ÁREA DE RESIDENCIA A MENOS DE 60 MIN.: SIM NÃO
- HABITAÇÃO LOCAL DE PERNOITA ADEQUADA: SIM NÃO
- ASSEgurada COMPANHIA DE ADULTO RESPONSÁVEL NAS PRIMEIRAS **24 HORAS**: SIM NÃO
- ACESSO RAPIDO A MEIOS DE COMUNICAÇÃO: SIM NÃO

O DOENTE FOI INFORMADO DE:

- 1) A HORA PREVISTA DA INTERVENÇÃO CIRÚRGICA SIM
- 2) AMBIENTE DO B.O. (TEMPERAT., ILUMINAÇÃO, FARDAMENTO) SIM
A CONSTITUIÇÃO DA EQUIPA SIM
- 3) PERCURSO NO B.O. SIM
OS PROCEDIMENTOS DA PREPARAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIO SIM
- 4) QUAIS AS MEDIDAS PROVÁVEIS DE SUPORTE QUE SERÃO MANTIDAS N PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO SIM
- 5) ATITUDES E/OU POSIÇÕES ANTI-ÀLGICAS MAIS FREQUENTES SIM
- 6) ONDE OS FAMILIARES PODEM ESPERAR E OBTER INFORMAÇÕES DURANTE A CIRURGIA / ANESTESIA SIM
- 7) FOI ENTREGUE AO UTENTE O **GUIA DE ACOLHIMENTO** AO BLOCO OPERATÓRIO SIM
- 8) FOI ENTREGUE AO UTENTE ESPONJAS E FOLHETO BANHO PRE CIRURGICO SIM
- 9) REUNE CONDIÇÕES PARA SER ADMITIDO EM CIRURGIA DE AMBULATÓRIO NÃO SIM

OBS: Foram entregues esponjas para banho pré cirúrgico.

MIRANDELA, 25 de novembro de 2020

Susana Ló

Nº MEC: 30508

Anexo V - Relatório de Estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança)

Nome do Aluno: Susana Cristina Ruivo Ló Silva

Nº 40747

Relatório de Estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança

setembro - fevereiro 2018/2019

Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança

Relatório de Estágio do Curso Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica no Centro de Hemodiálise de Mirandela – Nordial; Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica da Unidade Local de Saúde do Nordeste – Bragança e Serviço de Medicina Intensiva da Unidade Local de Saúde do Nordeste – Bragança

Nome do Aluno: Susana Cristina Ruivo Ló Silva Nº 40747

Orientadores:

Maria Teresa Bento - Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica no Centro de Hemodiálise de Mirandela

Pedro Rodrigues - Enfermeiro Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica no Serviço de Urgência da Unidade Local de Saúde do Nordeste – Unidade de Bragança e docente da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança

Andreia Marisa Afonso Alves - Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Unidade de Medicina Intensiva da Unidade Local de Saúde do Nordeste – Bragança

setembro - fevereiro 2018/2019

ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

EMC - Enfermagem Médico-Cirúrgica

APA - American Psychological Association

DRC - Doença Renal Crônica

HD - Hemodiálise

OE - Ordem dos Enfermeiros

TSFR - Terapia de Substituição da Função Renal

SNS - Sistema Nacional de Saúde

ULSNE - Unidade Local de Saúde do Nordeste

HTA - Hipertensão Arterial

SUMC - Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

SU - Serviço de Urgência

SMI - Serviço de Medicina Intensiva

AVC - Acidente Vascular Cerebral

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	5
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO.....	7
2. ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	12
3. SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO.....	21
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	24
ANEXOS	

INTRODUÇÃO

No âmbito do plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, aprovado em Diário da República, 2.ª série — N.º 57 — 22 de março de 2016, despacho n.º 4155/2016, prevê no 2º ano, uma Unidade Curricular Semestral, Estágio com Relatório/Trabalho de Projeto, é proposto desenvolver competências que permitam cuidar o adulto com doença crónica e a sua família em contexto hospitalar na área específica de intervenção, cuja componente é dedicada à prática clínica e à investigação.

Esta Unidade Curricular está estruturada de modo a assegurar a aquisição de competências comuns estabelecidas pela OE para os Enfermeiros Especialistas e competências específicas para os Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica conforme os regulamentos nº 122 e n.º 429/2018 da OE.

De acordo com o prévio planeamento da regência dos estágios pela coordenadora do Curso de Mestrado e regente da unidade curricular (Anexo 1), os três campos desenvolveram-se numa Unidade de Cuidados Intensivos Monovalente, Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica e por último Serviço de Cuidados Intensivos Polivalente:

- 1º** Centro de Hemodiálise de Mirandela – Nordial;
- 2º** Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica da Unidade Local de Saúde do Nordeste – Bragança;
- 3º** Serviço de Medicina Intensiva da Unidade Local de Saúde do Nordeste – Bragança.

Cada bloco específico de estágio correspondeu a 168 horas de contacto, sendo que, este semestre de prática clínica com 540 horas de contacto, contou em todos os campos de estágio, com orientação e supervisão tutorial por Enfermeiro Especialista em EMC, em exercício de funções nesse serviço e, em articulação com um docente da Escola Superior de Saúde de Bragança também especialista em EMC.

Como trabalhador/estudante empenhei-me em participar ativamente no processo ensino/aprendizagem com vista ao desenvolvimento das competências preconizadas

para os estágios, com vista à prestação de cuidados de Enfermagem especializados de excelência, à pessoa em situação clínica crítica.

A pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.

Os Cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa, com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua total recuperação.

Estes cuidados de enfermagem exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações e de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil.

E se, em situação crítica a avaliação diagnóstica e a monitorização constantes se reconhecem de importância máxima, cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica é uma competência das competências clínicas especializadas - considera-se igualmente a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, da conceção à ação, bem como a maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação.

Este relatório escrito evidencia as competências adquiridas, ao longo dos estágios, comuns do Enfermeiro Especialista e as específicas para o Enfermeiro Especialista da área da Médico-Cirúrgica, concretamente no cuidado especializado da pessoa em situação crítica, seguindo as regras definidas pela comissão científica, conforme layout e normas APA.

1 - CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO

Como primeiro estágio e estágio opcional em Unidades de Cuidados Intensivos Monovalentes, a minha escolha foi de encontro com um dos meus objetivos para esta especialidade em assegurar novas experiências, até então escassas, com doentes em Terapia de Substituição da Função Renal.

Decorreu entre os dias 17 de outubro e 2 de novembro de 2018, no Centro de Hemodiálise de Mirandela e o principal objetivo atingido durante este estágio de 168 horas, foi a aquisição de conhecimentos específicos na área do doente renal evidenciando o papel do Enfermeiro Especialista em EMC na área do doente crítico, inserido numa equipa multidisciplinar na prestação de Cuidados de Enfermagem à pessoa com DRC.

A proximidade geográfica constituiu motivação primária para a escolha deste local de estágio, que decorreu em Mirandela, no Centro Renal – Centro de Hemodiálise, cujo rés-do-chão é composto por três salas de hemodiálise (a maior com 22 dialisadores com respetivo cadeirão articulado), Wc, gabinetes médicos, ginásio, sala de reuniões, farmácia, gabinete técnico, receção com sala de estar e capela. Todas as salas têm luz natural e possibilitam uma visão paisagística muito agradável, são extremamente acolhedoras, e a sua função é obviar o incómodo resultante da demora dos tratamentos (a maioria, de 4/5 horas de duração).

Para prestação de cuidados a 108 (à referida data) doentes insuficientes renais em tratamento de hemodiálise esta Unidade dispõe de três médicos Nefrologistas, (sendo um deles Administrador e Diretor Clínico das Unidades de Hemodiálise de Mirandela e Mogadouro), dois médicos de clínica geral, duas Assistentes Sociais, uma Psicóloga, um Farmacêutico, onze Enfermeiros, (sendo que duas enfermeiras são especialistas em EMC), oito técnicos de diálise e restantes auxiliares de limpeza, administrativos e aprovisionamento/técnicos de manutenção.

O funcionamento da Unidade é assegurado pela equipa médica, técnica e de Enfermagem de segunda-feira a sábado das 7 às 22 horas, em regime de presença física. Os turnos de dois enfermeiros dividem-se em três por dia: Manhã - 7h/12.30h, Tarde - 12h/17.30h e Noite - 17h/22h, sendo que às terças, quintas e sábados, não se efetua o turno da noite. Nos dias úteis e turno da manhã, encontra-se sempre o enfermeiro responsável.

Cada turno recebe uma média de 20 doentes vindos da área de influência da ULSNE, Unidade de Mirandela.

A DRC é um importante problema de saúde pública com um peso considerável no SNS, sobretudo à custa do tratamento substitutivo da função renal, em que a hemodiálise é o método mais comum, como tal, os objetivos para este campo de estágio, foram os delineados com base nos domínios e nas unidades de competências estabelecidos pela OE para os Enfermeiros Especialistas em EMC Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, conforme regulamentos nº 122 e nº 422/2018 e que foram os seguintes:

- Aquisição de conhecimentos relativamente à TSFR a fim de maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade do processo de doença e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas em situação de emergência, da conceção à ação;
- Criar e manter um ambiente terapêutico e seguro na entrada, permanência e alta dos doentes em diálise;
- Estimular o meu crescimento pessoal e profissional, gerindo os cuidados e otimizando a resposta da equipa de enfermagem e técnicos de diálise e a articulação na equipa multiprofissional;
- Basear a minha praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimentos na área da Hemodiálise, desenvolvendo o autoconhecimento e a assertividade também nesta área.

O segundo estágio, desenvolveu-se no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica na ULSNE - Unidade de Bragança, de 11 de novembro a 31 de dezembro de 2018. Este serviço abrange toda área de influência das Unidades de Bragança, Macedo de Cavaleiros e Mirandela e está integrado no departamento de urgência e emergência, tendo como responsáveis o Diretor de Departamento, o Diretor de Serviço e o Enfermeiro Chefe.

Possui uma equipe com 35 enfermeiros, mais o enfermeiro chefe, em laboração contínua, que de acordo com o plano de trabalho, cumprem e asseguram os seguintes postos de trabalho: Triagem, Sala de Emergência, Sala Laranja, Macas/Traumatologia, Bancos/Pequena Cirurgia, Sala de Observações e Pediatria. Neste serviço os turnos são de 12 horas: diurno – 8h/20h e noturno – 20h/8h.

A sua estrutura física inclui: Área de admissão e registo, sala de triagem de prioridades, salas de espera, gabinetes de avaliação clínica, zona de curta permanência, área de emergência/críticos com condições para suporte avançado de vida, área de orto traumatologia e cirurgia, e o Serviço de Observações com 8 camas de internamento. Possui um circuito de Urgência Pediátrico com área completamente independente da urgência de adultos.

Existem ainda fluxos de utentes pré-estabelecidos e absolutamente claros, diferenciados por tipo de patologias e/ou prioridade de avaliação/observação, definindo-se claramente que atividades se realizam em cada uma das áreas e como se relacionam com as restantes, favorecendo a organização e alocação de recursos materiais e a sua sinergia com os recursos humanos.

O SU da Unidade de Bragança integra ainda a Viatura Médica de Emergência e Reanimação cuja equipe é constituída por colaboradores da ULSNE do departamento de Urgência e Emergência. Existem em funcionamento 4 Vias Verdes: Sépsis, AVC, Trauma e Coronária, as quais permitem que doentes com determinada patologia possam ser prontamente tratados.

Este estágio decorreu com objetivos muito clarificados, dada a minha experiência de Urgência (Anexo 2):

- Refletir sobre as competências do Enfermeiro Especialista em EMC na dinâmica organizacional deste Serviço de Urgência;
- Perspetivar o papel do Enfermeiro Especialista em EMC, na formação da equipa de Enfermagem do SU;
- Promover a troca de experiências nos diferentes contextos laborais objetivando a especialidade na área do doente crítico, de acordo com os meus objetivos;

O terceiro estágio foi realizado na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente/Serviço de Medicina Intensiva da ULSNE da Unidade de Bragança, entre os dias 2 de janeiro e 22 de fevereiro de 2019.

Num espaço completamente renovado de cerca de 600m² de área global com uma equipe de seis médicos intensivistas, dez assistentes operacionais e 26 elementos de enfermagem, (5 dos quais especialistas em EMC), em laboração contínua com turnos de 8 horas:

Manhã – 8h/16h; Tarde – 16h / 24h; Noite – 0h /8h. Em cada turno há quatro enfermeiros, sendo que nos dias úteis, turno da manhã, se encontra sempre a enfermeira responsável em supranumerário.

Este serviço é constituído por dez camas/unidades e uma unidade de isolamento. Cada unidade tem capacidade para dez seringas elétricas e bombas perfusoras, ventilador, monitor, cama articulada com colchão elétrico anti escaras, caixotes de recolha e triagem de lixos e carro de apoio.

O SMI atua de forma integrada, recebendo doentes adultos referenciados da sala de emergência, das vias verdes, sépsis, AVC e Trauma, do Bloco Operatório, de serviços de internamento hospitalar, assim como de outras unidades, quer da ULSNE (através da emergência interna), quer do SNS (referenciação de emergência extra-hospitalar).

Atualmente o SMI recebe em média mais de 200 doentes por ano, garantindo-se assim a evidência do relatório de Avaliação da Situação Nacional das Unidades de Cuidados Intensivos - de aumentar a capacidade de resposta de ULSNE, para estes cuidados, com elevado grau de diferenciação, pudessem ser prestados na região, com igual garantia de segurança e de confiança à de outros hospitais dos grandes centros, mas mantendo os doentes na área de residência e junto das suas famílias, numa ótica de proximidade.

O meu objetivo principal neste campo de estágio foi adquirir as competências necessárias para a prestação de cuidados de enfermagem, face á complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e ou falência orgânica e à sua família, mobilizando conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística.

Como objetivo muito particular, uma vez que, de momento exerço funções no Bloco Operatório, tive intenção de aprofundar conhecimentos sobre ventilação assistida, nomeadamente:

- Perceber o funcionamento dos vários tipos de ventiladores;
- Perceber os diferentes modos ventilatórios mais utilizados no serviço;
- Identificar necessidades alteradas nos doentes ventilados;
- Identificar os diferentes tipos de ventilação mecânica utilizados no serviço;
- Vigiar parâmetros hemodinâmicos do doente ventilado.

Outro objetivo para o estágio em SMI foi a aquisição de competências para responder eficazmente na prevenção e controlo da infeção considerando o risco especial de infeção, face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas técnicas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção da vida da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica.

2 - ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

No decorrer destes estágios procurei uma maior responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Relativamente ao primeiro estágio integração no serviço foi feita através do contato prévio com o Enfermeiro responsável, interação, diálogo e cooperação com toda a equipa multidisciplinar. Para o desenvolvimento de competências neste estágio, tive acesso às normas técnicas, procedimentos e protocolos da unidade, entre os quais destaco:

- Cateterização venosa periférica (arterial/venosa);
- Apoio no tratamento da pessoa com DRC em programa de Hemodiálise;
- Ligar e desligar o doente portador de CVC e FAV ao dialisador, para HD;
- Execução de pensos (cuidados de enfermagem ao local de inserção do cateter);
- Utilização e manutenção do carro de emergência;
- Administração da terapêutica oral e endovenosa prescrita para cada sessão de diálise;
- Colheita de sangue para análises;
- Pesagem do doente no início e final da HD.

Cada técnica efetuada nesta Unidade, foi de encontro à promoção e desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, tão importantes nesta área de cuidados, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica.

As complicações mais comuns detetadas durante a hemodiálise são:

- hipotensão (20-30% das diálises);
- câibras (5-20%);
- náuseas e vômitos (5-15%);
- cefaleias (5%);
- dor torácica (2-5%);
- dor lombar (2-5%);
- prurido (5%);
- febre e calafrios (< 1%).

Alguns foram frequentes, embora pouco graves e rapidamente resolúveis, tais como: náuseas, vômitos, dor de cabeça, hipotensão arterial, câibras musculares (dos membros inferiores), hematomas ou perdas de pequenas quantidades de sangue pelos locais de punção.

Outros, apesar de serem muito pouco frequentes, foram mais graves:

- hipotensão arterial severa;
- alterações cardíacas como arritmias e angina de peito;
- embolia gasosa;
- acidentes cerebrovasculares;
- reações alérgicas de gravidade variável.

No entanto, por imposição legal, esta unidade de diálise encontra-se adequadamente apetrechada para a sua resolução de imediato.

Ao longo de todo o estágio colaborei na prestação de cuidados de acordo com as responsabilidades e competências da Enfermeira Especialista e orientadora, que em dupla, pudemos maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à

necessidade de respostas em tempo útil.

Como protocolos existentes nesta Unidade, destacam-se aqueles em que tive oportunidade de participar, de acordo com os objetivos deste estágio:

- Visita médica com observação direta de todos os doentes no decurso da HD na presença do enfermeiro responsável de turno, médico/s, assistente social e psicóloga, a fim de satisfazer e responder em tempo útil a todas as necessidades individuais do doente;
- Monitorização e vigilância do AV;
- Tratamento de infeção de AV para HD e desobstrução de CVC permanente;
- Pesquisas de glicémia e atuação em conformidade;
- Abordagem do pé diabético em doente com IRC
- Prevenção da hipotensão durante a HD;
- Deteção precoce de hipertermia;
- Tratamento da dispneia;
- Cãibras musculares durante a HD;
- Perfil psicológico dos doentes IRC;
- Terapêutica medicamentosa utilizada em HD;
- Cuidados ao doente em preparação para colonoscopia (com ou sem polipectomia);
- Edemas (principalmente dos MI) no doente em HD;
- Desconforto das FAV verbalizadas pelos doentes;
- Holter durante a diálise;
- A vida social do doente em TSFR;
- Urgências/Emergências em HD;
- Preparação do doente para TR;
- Encaminhamento e transporte do doente crítico em HD para o Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica.

Como análise a este estágio, lembrei que o objetivo da diálise é substituir as funções excretoras dos rins, para tal, são necessários alguns materiais, sistemas e procedimentos.

A transplantação renal era uma cirurgia que alguns destes doentes estavam à espera, tendo inclusive ido já a uma consulta pré transplante, aguardando só o telefonema do Centro Hospitalar de São João – Porto para se proceder conforme protocolo, como tal tive oportunidade de, em conversa informal durante a diálise, esclarecer algumas dúvidas destes doentes, explicando-lhes algumas vantagens que a transplantação renal apresenta em relação às técnicas dialíticas, que o rim transplantado ser um órgão vivo possui todas as funções que lhe são próprias. Por isso, e por permitir que este doente se liberte de algumas das restrições impostas pela diálise, a transplantação renal é a modalidade terapêutica que faculta uma melhor qualidade de vida e uma maior esperança de vida.

Sabemos, que a doença é irreversível e o tratamento tem como objetivos corrigir os desequilíbrios hormonais e hidro-electrolíticos, bem como atenuar/eliminar os sinais e sintomas que possam retirar qualidade de vida à pessoa.

Percebi a dinâmica e o funcionamento da Diálise como Unidade de prestação de cuidados de Enfermagem gerais e específicos:

- Aprofundei conhecimentos relativamente ao doente insuficiente renal crónico a fim de cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- Desenvolvi uma prática profissional e ética no campo de intervenção, a par de um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica.

As competências estabelecidas pela OE para ao Enfermeiros Especialistas em EMC Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, conforme regulamentos nº 122 e nº 422/2018

e que foram de encontro aos meus objetivos, e assentaram num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do doente em HD, nomeadamente:

- Fazer o acolhimento do doente nas sessões de diálise semanais, desempenhando um papel dinamizador e promovendo o diálogo e a empatia numa prática profissional e ética no meu campo de intervenção;
- Entender quais as alterações sociais, psicológicas e físicas do doente submetido a hemodiálise, promovendo práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, analisando e interpretando cada situação específica de cuidados especializados, assumindo assim a responsabilidade de gerir situações potencialmente comprometedoras para os doentes;
- Perceber quais as rotinas dos turnos, de modo a colaborar com os enfermeiros nos cuidados de enfermagem e em programas de melhoria contínua de qualidade, reconhecendo sobretudo que a melhoria da qualidade envolve análise e revisão das práticas em relação aos seus resultados e avaliar a qualidade da Unidade;
- Pesquisar normas e protocolos da Unidade, visando a sua compreensão e aquisição a fim de adaptar a liderança e a gestão dos recursos face às situações e ao contexto, visando a otimização da qualidade dos cuidados;
- Perceber o funcionamento/manuseamento do material e equipamento indispensáveis na monitorização do doente hemodialisado, considerando a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atuando proactivamente e promovendo a envolvência adequada ao bem-estar e gerindo o risco.

A minha reflexão crítica quanto ao segundo estágio no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica foi de encontro com os meus objetivos de acordo com a minha experiência

como enfermeira em acordo com o enfermeiro orientador, adaptando e pondo em prática o perfil das competências específicas do Enfermeiro Especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica nomeadamente:

- prestar cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica;
- gerir a administração de protocolos terapêuticos complexos;
- fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, otimizando as respostas;
- assistir a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica;
- gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde e ainda, gerir o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e ou falência orgânica.

Ao longo do estágio no Serviço de Urgência pude desenvolver a capacidade em:

- identificar prontamente focos de instabilidade no doente, responder de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade detetados e executar cuidados técnicos de alta complexidade como Suporte Avançado de Vida e trauma.
- identificar evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar, pondo em prática conhecimentos sobre bem-estar físico, psicossocial e espiritual na resposta às necessidades dos doentes em atendimento, garantindo a gestão de medidas farmacológicas de combate à de acordo com os meus conhecimentos e habilidades em medidas não farmacológicas para o alívio da dor.
- estabelecer uma comunicação eficaz perante a pessoa/família em situação crítica que recorreram a este SU, aplicando técnicas e estratégias facilitadoras da comunicação em pessoa com “barreiras à comunicação”, como estrangeiros e

doentes com muita baixa acuidade auditiva, adaptando a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa.

O estágio neste Serviço de Urgência permitiu-me o conhecimento aprofundado do Plano Distrital e Nacional para catástrofe e emergência e o modo com ocorre a sua sistematização, no sentido de responder eficaz e prontamente em situação de múltiplas vítimas e em situação crítica.

Estabeleci sobretudo uma relação de interajuda com a equipa de saúde no atendimento do utente de médio/alto risco que recorre ao Serviço de Urgência.

Assim sendo, no final deste estágio adquiri plenas capacidades para poder exercer a minha profissão como Enfermeira Especialista de acordo com as seguintes competências:

- Responsabilidade profissional, ética e legal;
- Gestão da qualidade;
- Gestão dos cuidados;
- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais;
- Competências específicas na área Médico-Cirúrgica.

O terceiro e último estágio, foi para mim o mais enriquecedor, na medida em que me permitiu um leque muito variado de experiências na área do doente crítico, operacionalizando:

- um plano de prevenção e controlo da infeção, já existente na unidade, para dar resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, conhecendo o Plano Nacional de Controlo de Infeção e das diretivas das Comissões de Controlo da Infeção da ULSNE, que permitiu diagnosticar as necessidades do serviço em matéria de prevenção e controlo de infeção;

- a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas;
- estratégias pró-ativas implementadas no serviço visando a prevenção e controlo da infeção do serviço, verificando e auditando com regularidade o Plano de Prevenção e Controlo de Infeção do Serviço com base na evidência;
- o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas do serviço, de prevenção das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde à pessoa em situação crítica, que neste serviço são criteriosamente cumpridas por todos profissionais.

O estágio neste Serviço de Medicina Intensiva permitiu-me desenvolver e adquirir as seguintes competências:

- Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- Dinamizar a resposta a situações de emergência em doentes internados no serviço e no transporte até, e desde o Bloco Operatório, serviço de hemodiálise, imagiologia e outros serviços;
- Desenvolver uma prática profissional e ética adequada ao meu campo de intervenção;
- Promover práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;
- Juntamente com a minha orientadora de estágio, desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais;
- Colaborar dentro do possível com a equipe, em programas de melhoria contínua de qualidade;
- Criar e manter um ambiente terapêutico e seguro não só na unidade do

doente como no serviço como um todo;

- Observação na gestão dos cuidados otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;
- Adaptar a liderança e a gestão dos recursos face às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados;
- Desenvolver o autoconhecimento e a assertividade nesta área tão específica;
- Basear a praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimentos adquiridos ao longo do percurso profissional e do Curso de Mestrado.

A Medicina Intensiva é uma área multidisciplinar e diferenciada que aborda especificamente a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de situações de doença aguda grave potencialmente reversível, em doentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais, eminente(s) ou estabelecida(s).

Representa uma percentagem cada vez mais importante das camas de cuidados agudos e um dos pilares fundamentais da estrutura de avaliação e tratamento do doente agudo grave, quer dentro dos seus espaços físicos quer através da colaboração em outro tipo de atividades tais como vias de acesso preferencial, tendo ainda um papel cada vez mais importante nas Equipas de Emergência Intra-Hospitalares (Ministério da Saúde, 2013).

3 - SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO

Finda esta etapa de prática clínica, admito que as expectativas iniciais foram superadas. Foram estágios muito particulares dada a especificidade dos doentes na área do doente crítico. Houve necessidade de recorrer a pesquisas bibliográficas para aprofundar os meus conhecimentos principalmente e relativamente a técnicas dialíticas. Nesta prática, inicialmente pensei que seria um estágio rotineiro, que pouco poderia aprender, mas, não só aprendi como pude colocar em prática esses novos conhecimentos/novas competências que até então estavam pouco clarificadas pois a minha experiência na área do doente renal, era muito escassa.

Fiquei sensibilizada com os doentes em TSFR. Alguns dos doentes relatam que esta unidade é a sua segunda casa, dada a duração dos tratamentos e a periodicidade com que as sessões de diálise são efetuadas. Existem doentes que percorrem um elevado nº de quilómetros para efetuarem o tratamento, visto existirem poucas clínicas de diálise na área geográfica de Trás-Os-Montes. São doentes que o que ganham em tratamentos, por vezes perdem-no na estrada. As distâncias a percorrer são grandes e agravadas pela deficiente rede de estradas e de transportes públicos que podem pôr em causa a equidade no acesso aos cuidados de saúde e penalizar sobretudo os idosos e os mais carenciados.

Foram estágios muito gratificantes a nível pessoal e profissional pois permitiu-me desenvolver o autoconhecimento e a assertividade em doentes com necessidades tão específicas.

Basear esta praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimentos, tornou-se o mais importante dos objetivos, sabendo que estes, assentam nos processos de tomada de decisão e nas intervenções em padrões de conhecimento (científico, ético, estético, pessoal e de contexto sociopolítico) válidos, atuais e pertinentes, assumindo-se como facilitador nos processos da minha aprendizagem. Penso ter atingido os meus objetivos e ter contribuído de alguma forma para promover uma melhor qualidade de vida aos doentes aos quais prestei cuidados.

O diálogo com os diferentes elementos das equipas dos campos de estágio, permitiu esclarecer dúvidas, especificamente na área do doente crítico, bem como a partilha de experiências, quer da minha prática profissional quer da elevada experiência destes profissionais, sobre os diferentes domínios das unidades e do doente com necessidades de cuidados especializados.

Os conhecimentos adquiridos ao longo destes estágios englobam saberes recolhidos da pesquisa bibliográfica decorrente da necessidade de informação, bem como pela partilha de experiências com os pares e esclarecimentos de dúvidas como todos os profissionais que contactei.

Os recursos utilizados foram os protocolos e normas técnicas existentes em cada serviço. O trabalho em equipa e a participação/observação ativa e atenta nas rotinas, permitiu compreender os papéis e funções de todos os membros da equipa, promovendo um ambiente positivo e favorável à minha prática especializada.

Como já referi, a mais enriquecedora prática clínica foi na área dos cuidados intensivos, onde a formação específica e especializada é justificada pela crescente complexidade dos equipamentos, técnicas e procedimentos disponibilizados por estes serviços/unidades. Daí resulta que a capacidade para abordar, de forma global, integrada e multidisciplinar, doentes complexos e graves é cada vez mais importante num mundo de crescente fragmentação e especialização de conhecimento.

No contexto específico do estágio em Diálise, tive oportunidade de direccionar as minhas aprendizagens para a aquisição de outras competências que melhor corresponderam ao seu projeto formativo, como seja a participação nas *“III Jornadas da Diabetes do Nordeste Transmontano”* nos dias 11 e 12 de outubro de 2018, cujo programa científico foi para mim muito enriquecedor, pois cerca de 84% dos doentes em tratamento de substituição renal, são diabéticos (Anexo 3).

Durante estes estágios participei ativamente no processo ensino/aprendizagem com vista ao desenvolvimento das competências inicialmente preconizadas; desenvolvi as devidas competências que visaram a prestação de cuidados de enfermagem especializados de excelência ao doente em situação crítica ou falência orgânica.

Em suma, considero que os objetivos delineados foram atingidos com sucesso, devido à evolução gradual dos conhecimentos e prática clínica especializada ao longo desta prática, elevando positivamente a minha realização pessoal e profissional. O meu desempenho foi essencial para alargar e estimular novos conhecimentos, bem como práticas seguras dentro da equipa. A partilha de experiências e de conhecimentos em diversas situações vivenciadas permitiram uma parceria com o doente e família durante a prestação de cuidados.

Esta etapa contribuiu não apenas para o meu crescimento a nível profissional como também pessoal. Muitos foram os esforços realizados durante este período para que pudesse conciliar os estágios com o meu horário de trabalho e também com a minha vida pessoal. Foi um período de grande exigência pessoal e dedicação, mas todo o esforço teve uma compensação positiva em termos de desenvolvimento pessoal e profissional e julgo ter conseguido dar resposta à sua exigência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACSS. (2011). Manual de Normas de Enfermagem: Procedimentos Técnicos. Ministério da Saúde. 2 a Ed. 285.

DGS (2011). Norma nº 017/2011 de 28/09/2011 (atualizado a 14/06/2012): Tratamento Conservador Médico da Insuficiência Renal Crónica Estádio 5. Departamento da Qualidade na saúde.

Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. (2009). Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de abril. Procedido pela primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pela Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro. Diário da República. Série I, n.º 180. 6528-6550.

Fresenius Medical Care. (2011). Manual de Hemodiálise para Enfermeiros. Lisboa: Edições Almedina. 49-78, 187-204.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf

Intranet ULSNE; Microsites; Gestão da Qualidade.

Ministério da Saúde. (2013). Avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos. Governo de Portugal.

NATIONAL KIDNEY FOUNDATION - Diabetes e Insuficiência Renal Crónica, Nova Iorque. [Consulta 02 fev. 2015]

OE. (2011). Regulamento n.º 122/2011. Diário da República, 2.ª série, n.º 35, de 18 de fevereiro de 2011, 8648-8653. Acedido a 17/10/2015.

Disponível:

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf

PHIPPS, Wilma J.; SANDS, Judith K.; MAREK, Jane F. – Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceito e Prática clínica. Vol. II 6ª ed. Loures: Lusociência. 2003. 1283-1346 p. ISBN 972-8383-65-7.

ULCHAKER M. – Enfermagem Médico-Cirúrgica. 6ªed. Lisboa: Lusociência, 2003. 2700 p.
GID- Gestão integrada da Doença – [. Em linha]. Portugal. [Consulta 9 fev. 2015].
Disponível em: <http://gid.min-saude.pt>

ANEXOS

ANEXO 1

Mês	setembro					outubro					novembro					dezembro					janeiro					fevereiro																																																																					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4																																																												
Nº Mec.																																																																																															
30553	Jose Filipe Rodrigues Gonçalves																																																																																														
a18687	Daniela Vitoria Fernandes dos Santos																																																																																														
a24480	Patricia Maria Rodrigues Morais																																																																																														
a38800	Igor Jose Samorinha Silva																																																																																														
a12172	Isabel Catarina Fernandes Berca																																																																																														
a17920	Joana Isabel Pires da Costa Monteiro																																																																																														
a24916	Tiago Jose Pereira Rodrigues																																																																																														
a40747	Susana Cristina Ruyvo Lo																																																																																														
a21824	Liliana Sofia Torrao Santos																																																																																														
a19620	Marta Sofia Silvano Martins																																																																																														
a23788	Silvia Cristina Ruano Raposo																																																																																														
a38799	Diana Sofia Soares Santos Lopes																																																																																														
a16655	Nuno Miguel Arteiro Rodrigues																																																																																														
a29470	Jacinta Isabel Ribeiro Rodrigues																																																																																														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4																																																												
	B O Bragança					Hemodialíse Bragança					SU Bragança					SU Vila Real					UCIP Bragança					SU Vila Real					AVC Macedo					BO Bragança					SU Bragança					Hemodialíse Mirandela					UCIP Bragança					SU Vila Real					SU Bragança					Hemodialíse Bragança					Hemodialíse Vila Real					BO Bragança					UCIP Bragança					Hemodialíse Bragança					BO Geral santo António				

ANEXO 2

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se **Declara** que – **SUSANA CRISTINA RUIVO LÓ SILVA**, é **Enfermeira**, com relação jurídica de emprego público na Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E., titulada por Contrato por Tempo Indeterminado (ex- Nomeação Definitiva).

Mais se declara que a referida trabalhadora exerceu/exerce a sua actividade durante os seguintes períodos e nos diversos serviços:

- 02-11-1998 a 31-10-2008 – no serviço de Urgência;
- 01-11-2008 a 30-06-2013 – no serviço de especialidades;
- 01-07-2013 a 30-09-2014 – no serviço de Cirurgia;
- 01-10-2014 até à presente data – no serviço de Bloco Operatório.

Mirandela, 27 de fevereiro de 2018.

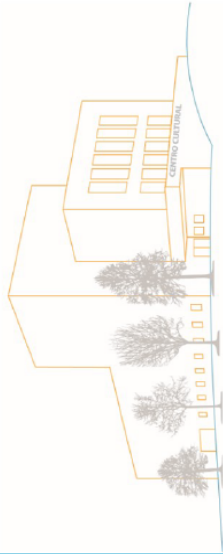


ANEXO 3

III Jornadas da Diabetes do Nordeste Transmontano

11 e 12 de Outubro de 2018

Centro Cultural de Macedo de Cavaleiros



Site das jornadas: <https://formas-da-diabetes-do-nordeste-transmontano.webnode.pt/>

Organização: Unidade Coordenadora Funcional (UCF) da Diabetes da ULSNE
 Apoio Logístico e Financeiro: ADDB - Associação dos Diabéticos do Distrito de Bragança
 Orientação Técnica: UCF da Diabetes da ULSNE

Organização: **ULSNE**
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE

Apoio:



Programa científico

DIA 11 DE OUTUBRO DE 2018

- 09:00 - 09:30h Abertura do secretariado
 09:30 - 11:00h 1,1 mesa - 50 min.
DIABETES TIPO 1
 Moderação: Dr. João Vicente e Dr. J. Júlia Gonçalves (UCF Diabetes ULSNE)
 Palestrantes:
 - Dr. Luís Ribeiro (pediatra na ULSNE)
 A consulta médica na criança com DM1: do diagnóstico ao tratamento - 30 min.
 - Dr. F. Lúcia Pires (Consulta Externa da UH Mirandela - ULSNE)
 A consulta de enfermagem na criança com DM1 - 20 min.
 - Dr. J. Ana Oliveira (Endocrinologista no Centro Hospitalar de S. João, Porto)
 DM1 no adulto - casos clínicos - 30 min.
 Discussão - 10 min.
 11:30 - 11:30h Café
 11:30 - 12:30h SIMPOSIUM ROCHE
 Diabetes: Acto-Check-Ávia - "Espert na insulino-terapia"
 12:30 - 13:00h Sessão de boas vindas
 13:00 - 14:15h Almoço de trabalho (refeições do Instituto Jean Piaget Nordeste)
 14:15 - 15:00h SIMPOSIUM MUNICIPIALISMA
 Canagliflozina - Medição de Parâmetros "Para além do controlo glicémico"
 - Dr. F. Margarida Bata (Endocrinologista no CHTMAD)
 15:00 - 17:00h 2,1 mesa - 20 min.
SEXUALIDADE NA DIABETES
 Moderação: Dr. Isail Sousa (UCF Diabetes ULSNE, APMediCes)
 Palestrantes: (APMediCes - Associação Portuguesa de Medicina Sexual)
 - Dr. Ricardo Ramirez (Urologista no Hospital Nossa Senhora da Oliveira, Guimarães)
 Sexualidade no homem diabético - 20 min.
 - Dr. F. Sofia Costa (Ginecologista no Hospital Privado de Luz, Guimarães)
 Sexualidade na mulher diabética - 20 min.
 - Prof. Dr. Afonso Lourenço (Piqueteira no Hospital Nossa Senhora da Oliveira, Guimarães)
 As dificuldades de intimidade dos doentes diabéticos - 20 min.
 Discussão - 10 min.
 - Dr. F. Carla Veiga, Dr. F. Andréia Rodrigues Silva e Dr. F. Filipa Vilaça (Medicina Geral e Familiar)
 Abordagem da sexualidade na pessoa com diabetes em cuidados de saúde primários - 40 min.
 Discussão - 10 min.
 17:00 - 17:30h Café
 17:30 - 18:30h Comunicações Oraís
 18:30h Encerramento do 1.º dia de trabalhos

DIA 12 DE OUTUBRO DE 2018

- 09:00 - 09:30h Comunicações Oraís/Visita aos Pósteres
 09:30 - 11:20h 3,1 mesa - 110 min.
DIABETES E RISCO CARDIOVASCULAR
 Moderação: Dr. F. Elisa Tome (UCF Diabetes ULSNE)
 Palestrantes:
 - Dr. António Pedro Machado (Internista no Hospital Santa Maria, Lisboa)
 Diabetes e hipertensão arterial: desafios no tratamento da hipertensão em diabetes - 30min.
 - Prof. F. Paula Freitas (Endocrinologista no Centro Hospitalar S. João, Porto)
 Diabetes e dislipidémia - 30 min.
 - Prof. Dr. Ricardo Fontes Carvalho (Cardiologista no CHVNGE)
 Diabetes e insuficiência cardíaca - 30 min.
 Discussão - 20 min.
 11:20 - 11:50h Café
 11:50 - 12:10h
 - Dr. F. Rosa Costa (pedagoga na ULSNE)
 Apresentação da plataforma para avaliação do risco do pé diabético
 12:10 - 13:00h SIMPOSIUM ALIANÇA BOEHRINGER INGELHEIM/LILLY
 "Empagliflozina no controlo da diabetes"
 - Dr. F. Graça Vargas (Endocrinologista)
 13:00 - 14:30h Almoço de trabalho (refeições do Instituto Jean Piaget Nordeste)
 14:30 - 15:20h 4,1 mesa - 30 min.
RETINOPATIA DIABÉTICA
 Moderação: Dr. F. Ricardo Ribeiro (UCF Diabetes ULSNE), Dr. F. Inês Vicente (UCF Diabetes ULSNE, ULSGA - Unidade Local de Saúde de Azeiteiros)
 Palestrantes:
 - Dr. Inês Vicente (Oftalmologista no Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa)
 O olho do diabético - 20min.
 - Dr. Guilherme Santos (Oftalmologista na ULSNE)
 A consulta de retinopatia diabética na ULSNE - 20 min.
 Discussão - 10 min.
 15:20 - 16:10h 5,1 mesa - 30 min.
ATIVIDADE FÍSICA NA DIABETES
 Moderação: Dr. F. Margarida Perra (UCF Diabetes ULSNE)
 Palestrantes:
 - Prof. Romel Mendes (Médico, ACES Douro Norte, DGS, UTAD, SPUP)
 Promoção da Atividade Física no Serviço Nacional de Saúde - 30 min.
 - Dr. F. Isabel Correia (Enfermeira da ANP), formadora do Programa GOSTO
 Programa GOSTO - 20 min.
 16:10 - 16:30h Café
 16:30 - 17:20h 6,1 mesa (combinação) - 50 min.
 - Dr. Nelson Sousa (Prof. Auxiliar da UTAD, Médico da ULSNE)
 Atividade física e risco de IC Diabético - 20min.
 - Dr. F. Margarida Perra (Presidente da ADDB) e Prof. Sérgio Borges (Prof. Educação Física Gabinete de Desporto da Câmara Municipal de Macedo de Cavaleiros)
 Trabalho - 20 min.
 Discussão - 10 min.
 17:20 - 17:30h Sessão de Encerramento / Entrega de prémios



Anexo VI – Comprovativo de Submissão do Artigo Científico

Submissão de Artigo Científico para Publicação "Consulta de Enfermagem Pré-operatória em Cirurgia de Ambulatório: importância para a satisfação do utente"



Susana Ló <susana.lo@outlook.pt>

00:41



Para: revista@aesop-enfermeiros.org

[Guardar todos os anexos](#)



1º Ficheiro.docx
12,25 KB



2º Ficheiro.docx
26,67 KB



FORMULÁRIO DE...
193,75 KB



PROPOSTA DE PUBLICAÇÃO.pdf
138,5 KB

Bom dia

Gostaria de proceder à submissão de um artigo científico que cumpre os procedimentos éticos inerentes a um trabalho científico;

Declaro explicitamente que o mesmo é original, foi realizado em contexto académico (obtenção de grau de mestre em Enfermagem Médico- Cirúrgica na Escola Superior de Saúde de Bragança);

Este artigo nunca foi total nem parcialmente publicado em outra revista e assumo que não será publicado posteriormente (em suporte de papel ou digital) sem a autorização expressa da Revista AESOP;

Orientadora da investigação/estudo: Matilde Delmina da Silva Martins, Doutora em Ciências de Enfermagem, Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança e investigadora da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA);

O conteúdo do artigo é da minha inteira responsabilidade e assumo que o mesmo não constitui uma infração aos direitos de autor, isentando a Revista AESOP de qualquer responsabilidade;

Em anexo envio os ficheiros eletrónicos conforme critérios de submissão,

Muito obrigada,

Susana Cristina Ruivo Ló Silva

Enviado do [Correio](#) para Windows